

Fousseng

1908.

TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

TORSION

DU

N° 83

GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 juillet 1908

PAR

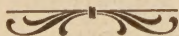
Joseph FOUSSENQ

Né à Pertuis (Vaucluse), le 7 juin 1884

Lauréat de l'École de médecine de Marseille (Concours 1906)

Interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence (Concours 1907)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .	GAUSSEL, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON ONCLE
LE VÉNÉRABLE ABBÉ LÉON FOUSSENQ

Faible hommage à un grand cœur.

A MON GRAND-PÈRE ROSE

Qui a toujours été si bon pour moi.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En reconnaissance des sacrifices qu'ils
ont faits pour me faire instruire.*

J. FOUSSENQ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AMIS

J. FOUSSENQ.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous achevons nos études médicales, nous profitons de la première occasion que nous procure la publication de notre thèse pour accomplir un devoir bien doux, celui de rendre un témoignage public de reconnaissance à tous ceux qui nous ont manifesté de la bienveillance au début de notre carrière médicale.

Nous avons nommé MM. les Professeurs de l'École de médecine de Marseille où nous avons passé nos trois premières années, et ceux de la Faculté de Montpellier où nous achevons nos études.

Nous devons à M. le professeur L. Imbert (de Marseille) plus que l'hommage respectueux d'un élève à son maître. Au cours d'une douloureuse affection il prodigua sans compter ses soins à notre mère avec tout son talent et son plus complet dévouement. Nous pouvons l'assurer de notre inaltérable souvenir.

M. le professeur Perrin restera aussi dans notre mémoire : ses affectueux encouragements ne nous ont jamais manqué et nous conservons de son enseignement le meilleur souvenir.

M. le professeur Forge a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et a eu la bienveillance d'en accepter la présidence. Qu'il soit assuré de l'honneur que nous en éprouvons et daigne recevoir l'expression de notre vive reconnaissance. M. le professeur Estor a

VIII

bien voulu faire partie de notre jury, ainsi que MM. les professeurs agrégés Jeanbrau et Gaussel; il nous sera particulièrement agréable d'être critiqué par de tels juges.

Enfin, parmi nos amis, il en est un à qui nous devons rendre un témoignage public de notre affection: c'est notre excellent ami Albert Sicard que nous considérons à l'égal d'un frère.

TORSION

DU

GRAND ÉPIPLOON

INTRODUCTION

L'épiploon est susceptible de subir de nombreuses modifications dont les unes sont connues : ce sont les épaississements, l'épiploïte chronique, les infections microbiennes (tuberculose, abcès), les dégénérescences néoplasiques (sarcomatose, épithélioma), les infections parasitaires (kystes hydatiques), etc. D'autres sont beaucoup plus rares, et de ce fait moins connues ; ce sont la segmentation de l'épiploon en plusieurs fragments, son hypervascularisation, sa torsion. C'est cette dernière qui fera l'objet de notre thèse inaugurale. Inconnue pendant longtemps, cette affection a fait son apparition dans le cadre nosologique, le jour où, grâce aux méthodes modernes d'antisepsie et surtout d'asepsie, la chirurgie abdominale est devenue plus audacieuse parce que plus sûre. Il est aujourd'hui peu de chirurgiens ayant la pratique de la hernie qui ne puissent citer quelque exemple de cette torsion.

M. le professeur Forgue a bien voulu nous communiquer deux cas qu'il a observés dans sa clientèle privée (1). Nous l'en remercions bien vivement. D'autre part, nous avons pu réunir 5 observations de cette curieuse affection parues après la publication du récent mémoire de Lejars, qui porte sur 66 observations, soit un total de 73 observations dont nous essaierons de tirer quelques conclusions.

(1) Nous remercions également MM. les docteurs Roger (d'Agde), et Orssaud (de Pézenas), qui ont bien voulu nous écrire l'histoire de leurs malades.

HISTORIQUE

La torsion du grand épiploon, que les auteurs anglais désignent sous le nom d'omentovolvulus et que les Allemands appellent neztorsion n'est guère connue que depuis une vingtaine d'année.

On dit généralement que M. Oberst, un chirurgien allemand, publia la première observation de torsion de l'épiploon, le 8 juillet 1882, dans le *Centralblatt für Chirurgie*. Il serait intéressant de relire l'observation de Marchettis (1), publiée à Paris, en 1851, avec comme titre : « Epiplocèle compliquée de sarcocèle, un tissu nouveau s'étant développé sur l'épiploon enroulé et érodé, de façon à former dans la région de l'aine une protubérance de la grosseur d'une palme. » Il s'agissait assurément d'une torsion intrasacculaire, mais nous n'avons pu trouver cette observation ; nous y aurions sans doute rencontré le premier cas d'omentovolvulus. Dix ans après Oberst, un chirurgien anglais, Allingham, publie dans *The Lancet* une nouvelle observation fort intéressante. Ces quelques observations passèrent inaperçues, en France du moins, puisque Demons, qui publie un cas personnel, en 1893, déclare n'en avoir point trouvé d'exemple dans la littérature médicale.

(1) Marchettis. — *Recueil d'observations rares*, p. 121 (Paris, 1851).

Depuis cette époque où la torsion de l'épiploon est signalée à titre de curiosité sans signification clinique, de nombreuses observations ont été publiées. Dans cet historique nous les passerons sous silence, on les trouvera avec toutes les indications bibliographiques à la fin de notre étude. Nous signalerons seulement les travaux nombreux et importants qui ont été publiés sur cette question.

C'est surtout en France et en Allemagne qu'on a étudié l'omentovolvulus. En France, le premier travail d'ensemble est le mémoire d'Heitz et Bender paru en 1901 dans la *Revue de gynécologie* du professeur Pozzi. Viennent ensuite l'étude de Vignard et Giraudeau, parue dans les *Archives provinciales de chirurgie* en 1903, et qui porte sur 20 cas; l'étude de Mauclore dans la *Revue de gynécologie* (1904), et surtout enfin celle de Lejars qui porte sur 66 cas et qui a été publiée en 1907 dans la *Semaine médicale*. C'est assurément le travail le plus important publié sur cette question.

En Allemagne nous citerons les noms de Rudolf (1903), Riedel (1905), Simon (1906), et surtout celui de Pretzsch qui a fait une revue de 44 cas dans le *Beiträge z. klin. Chirurg.*, de 1906.

Enfin Smythe en Angleterre a étudié très sérieusement le diagnostic différentiel de la torsion de l'épiploon avec l'appendicite, dans une étude détaillée parue dans *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, octobre 1906.

Notons encore les thèses de Brunet (Paris, 1900), Martinaud (Bordeaux, 1902), Giraudeau (Paris, 1903) et Roche (Paris, 1905).

DÉFINITION

Il n'est guère possible de donner une définition exacte de la torsion du grand épiploon, car cette affection est caractérisée au point de vue anatomique par des formes si diverses, torsion en un point, torsion autour de deux points fixes, torsion complexe, et au point de vue clinique par des aspects si variés, rappelant tantôt l'appendicite, tantôt l'épiplocèle étranglée et bien d'autres affections encore, que le diagnostic n'en a été fait qu'un tout petit nombre de fois. Peut-être pourrait-on donner une définition étiologique, car la hernie se retrouve souvent (il y a quelque temps on disait toujours) dans les diverses observations, mais elle est aussi souvent absente, la torsion pouvant même se développer chez un individu ne présentant, tout au moins d'une manière apparente, aucune affection abdominale antérieure.

Variétés.—On distingue deux grandes variétés d'omentalvolvulus d'après leur siège : la torsion *intrasacculaire* ou intraherniaire et la torsion *intra-abdominale*. La première est plutôt une torsion partielle, la seconde une torsion en masse. Cette dernière variété avec ses diverses modalités fera plus particulièrement l'objet de notre étude, car elle est la seule possible à diagnostiquer. D'ailleurs ces

deux variétés ne sont pas absolument indépendantes l'une de l'autre, et fréquemment on voit une torsion intra-abdominale venir compliquer une torsion intrasacculaire. Dans ces cas une torsion peut passer inaperçue à l'opérateur, et on conçoit l'importance que présente cette notion au point de vue pratique, son oubli ayant été la cause de la mort de plus d'un malade.

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — On ne peut plus considérer la torsion du grand épiploon comme une affection rare, car les cas se multiplient à mesure qu'on la connaît mieux. Nous avons pu citer 73 observations, ce qui est un chiffre respectable pour une affection connue depuis si peu de temps. Ces chiffres d'ailleurs ne sauraient représenter la totalité des cas observés.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *a) Age.* — Il est sans influence : la torsion de l'épiploon peut se produire à tout âge, aussi bien chez l'enfant (cas de Broca, 4 ans 1/2) que chez le vieillard (cas de Wiener, 79 ans). C'est l'âge moyen de la vie qui en offre le plus grand nombre de cas.

b) Sexe. — Il ne paraît pas non plus influencer beaucoup. Toutefois la torsion du grand épiploon s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, suivant un rapport qui est parallèle à celui du nombre des hernies dans les deux sexes.

c) Hernie. — C'est assurément la cause prédisposante le plus souvent signalée. Les premières études, celles de Vignard et Giraudeau notamment, la signalent dans tous les cas. On sait aujourd'hui qu'elle peut faire défaut, mais il est indéniable que la présence d'un sac herniaire consti-

tue la cause prédisposante la plus importante pour la production de la torsion épiploïque.

La hernie est le plus souvent inguinale et siège à droite. Mais on a aussi signalé la hernie crurale, cas de Mauclaire, 1907. Dans le cas de Souligoux et Deschamps, le malade était porteur d'une éventration consécutive à une laparotomie.

Les hernies sont pour la plupart des hernies anciennes; la hernie datait de vingt ans dans le cas de Lucas-Championnière et Mauban, de douze ans dans le cas d'Oberst. La congénitalité existe aussi (cas de Walther, Vignard, Trinkler, etc.). D'ordinaire il s'agit de hernies réductibles jusqu'au moment des accidents, et qui deviennent brusquement irréductibles, mais dans quelques cas la hernie est depuis longtemps irréductible.

Enfin signalons que cette hernie est généralement maintenue par un bandage, très souvent mal appliqué, et qui paraît dans certains cas jouer un rôle actif dans la production de la torsion.

La hernie peut passer inaperçue parce que trop petite : une pointe de hernie, par exemple, peut être impossible à diagnostiquer, elle n'en jouera pas moins un rôle important dans la production de la torsion. Riedel, qui cite plusieurs cas de torsion sans hernie, se demande s'il ne s'agirait pas dans ces cas d'une pointe de hernie méconnue.

d) *Autres causes prédisposantes.* — Il y a toute une catégorie d'observations où on ne rencontre pas de hernie, mais on retrouve généralement une affection abdominale antérieure susceptible de retentir sur l'épiploon. On peut grouper ces affections sous deux chefs : les tumeurs et les inflammations.

Les *tumeurs* comprennent elles-mêmes les tumeurs

développées sur l'épiploon et les tumeurs de voisinage. Dans le premier groupe on a surtout signalé le kyste hydatique, les cas de Broca et de Tuffier en sont des exemples. Dans le cas de Broca il s'agit d'un enfant admis dans son service avec le diagnostic d'appendicite et qui présentait à droite de la ligne médiane une grosse tumeur dure et mate. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste de l'épiploon à pédicule tordu. Dans le cas de Tuffier, il s'agissait d'une torsion de l'épiploon auquel étaient appendus, superposés de bas en haut, trois kystes hydatiques. Dans ce même ordre de faits on peut rappeler le cas de Wendel (1) où il s'agissait d'un lipome préherniaire à pédicule tordu, observé chez une femme âgée de 47 ans, pris pour une hernie crurale épiploïque étranglée. L'opération montra qu'il s'agissait d'une torsion du pédicule du lipome. La torsion était de deux tours. Le centre du néoplasme avait subi la dégénérescence kystique.

Parmi les tumeurs de voisinage nous rangerons d'abord le kyste de l'ovaire, il a été signalé dans les observations de Payr et de Simon (O.). On a aussi signalé le cancer de l'intestin : l'observation de Trémolières en est un exemple. Il s'agissait dans ce cas d'un cancer du pylore ayant envahi peu à peu l'épiploon et déterminé sa torsion.

Parmi les affections inflammatoires pouvant retentir sur l'épiploon nous signalerons comme plus fréquentes l'appendicite et la blennorragie. L'appendicite est souvent signalée dans les antécédents du sujet, quant à la blennorragie l'observation de Noble en est un exemple. M. Noble

(1) Wendel. — *Deutsche Zeit. f. Chirurgie*, 1902.

a trouvé, chez une femme qui avait eu la blennorrhagie, le grand épiploon tordu et fixé à son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite.

CAUSES DÉTERMINANTES. — Nous étudierons successivement : le rôle de l'effort, des contractions abdominales et du taxis.

Rôle de l'effort. — Il est indéniable. Le malade de Lapeyre était employé au chemin de fer, et c'est en soulevant une lourde malle qu'il est pris de phénomènes abdominaux. La malade de Bayer avait eu une forte quinte de toux et ressenti une douleur vive au niveau de sa hernie en éprouvant la sensation de quelque chose qui s'enroule. L'étudiant en médecine, qui fait l'objet de l'observation de Walther, était un fervent de la bicyclette, et c'est à la suite d'une course qu'il présente des phénomènes de torsion épiploïque. Il est possible, en effet, d'expliquer cette torsion de l'épiploon fixé par des adhérences par le mouvement d'ascension répété de la cuisse correspondante. Donc l'effort sous toutes ses formes est capable de déterminer la torsion.

Rôle des contractions abdominales. — Une observation est intéressante à ce sujet, c'est celle de M. Morestin. « Sa malade, que la constipation opiniâtre oblige à l'usage fréquent des purgatifs, prend une forte dose d'eau de Rubinat. Après plusieurs garde-robes elle s'aperçoit que sa hernie est devenue douloureuse et volumineuse. La torsion était constituée. » C'est assurément une cause fréquente qui doit se retrouver dans bien des cas quoiqu'on ne la signale pas souvent, car les mouvements péristaltiques qui agissent sans cesse sur la masse intestinale favorisent le déplacement de l'épiploon et sa torsion.

Rôle du taxis. — Il se retrouve dans de nombreux cas. Le malade de Hochenegg était porteur depuis son enfance d'une hernie scrotale, et c'est après avoir réduit lui-même cette hernie qu'il est pris subitement de douleurs abdominales intenses avec vomissements et ballonnement du ventre. Dans le même ordre de faits nous signalerons le rôle du bandage mal appliqué ou trop haut ou trop bas, d'un bandage ôté le soir et placé le matin, et qui favorise la mobilité de la tumeur herniaire. « Les gros noyaux d'épiploïte chronique en partie pédiculisés qu'on trouve dans les épiplocèles finissent par constituer, dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée, des sortes de corps étrangers, des tumeurs lourdes, déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes une fois réduites, et les mouvements de va-et-vient qu'elles exécutent, les manœuvres de taxis auxquelles elles sont soumises, exagèrent cette tendance à l'enroulement » (Lejars).

Ce sont là les causes le plus souvent invoquées, mais il y en a d'autres. Dans une observation de Riedel notamment, il s'agit d'une femme qui a eu six enfants et qui présenta des phénomènes de torsion durant sa sixième grossesse ; il est probable que cette torsion fut favorisée par l'accroissement physiologique de l'utérus qui repoussait l'épiploon. Les kystes de l'ovaire doivent agir dans le même sens.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle découle des renseignements que l'intervention a fournis, vérifiés, et complétés par l'examen de la pièce dont on fait l'ablation.

Hernie. — L'incision en vue d'une kélotomie ayant été le plus fréquemment faite, le sac herniaire a été le premier organe examiné. Le plus souvent ce sac existe comme nous l'avons vu dans l'étiologie et du même côté que la torsion. Quant à son contenu nous distinguerons deux éventualités : le sac contient de l'épiploon, autrement dit on est en présence d'une épiplocèle, ou bien le sac est absolument vide, déshabité.

a) Le contenu de la hernie est toujours de l'épiploon, et c'est là un point important à retenir, surtout au point de vue du diagnostic. L'intestin n'a jamais été rencontré. Cet épiploon intrasacculaire est le plus souvent très modifié et présente des altérations analogues à celles que l'on rencontre dans l'épiplocèle herniaire, épaississement, thrombose des vaisseaux, adhérences, etc. Mais l'épiploon peut être sain, le cas de Bender et Heitz en est un exemple.

b) Le sac est vide, et alors il peut être vide parce qu'on vient de réduire la hernie par le taxis, ou bien il peut s'agir d'une hernie ancienne maintenue par un bon bandage et

qui a été peu à peu comblée par le processus de péritonite adhésive. Quelle que soit, d'ailleurs, l'origine de cette vacuité du sac, ses lésions sont banales et ne présentent rien de bien spécial.

Mais une question plus importante est celle des rapports de la hernie avec la torsion épiploïque. Si dans la majorité des cas la torsion existe du même côté que la hernie à laquelle elle est plus ou moins réunie, tantôt par une véritable corde épiploïque, tantôt par de simples adhérences, dans quelques cas la torsion peut exister de l'autre côté de la hernie, sans rapport anatomique avec elle. Les cas de Peck, Wiener, Smythe en sont des exemples.

Une disposition intéressante à signaler et sur laquelle Peyrot (1) a attiré l'attention, c'est la hernie récurrente. L'épiploon replié sur lui-même forme une anse à convexité inférieure, et c'est le sommet de cette anse qui vient se loger au fond du sac herniaire. Il en résulte qu'il y a dans la cavité abdominale, au-dessus de l'anneau herniaire, toute l'extrémité libre de l'épiploon, et pour peu que l'épiploïte chronique épaississe l'épiploon hernié, l'extrémité intra-abdominale de cet organe se trouve privé de circulation par le fait de l'étranglement et se sphacèle plus ou moins complètement : c'est le sphacèle sus-annulaire. Cette disposition se retrouve dans certains cas de torsion, plus particulièrement dans le cas de Bayer et dans celui de Smidt (de Nice). « Le sac ouvert, on tombe sur une masse épiploïque congestionnée avec quelques suffusions sanguines. En soulevant cette masse, on s'aperçoit qu'elle

(1) Peyrot. — Communication à l'Académie de médecine, 29 septembre 1896.

affectait la disposition d'une anse dont la branche inférieure s'amincissait en présentant une quantité de tours de spires et disparaissait dans l'abdomen. »

Les adhérences sont souvent signalées avec des modalités diverses, parfois uniques, soit petites et grêles, soit en forme de cordon épais, tantôt multiples ; elles peuvent unir intimement l'épiploon aux parois du sac, ou bien elles sont lâches et récentes.

Enfin signalons encore qu'il s'agit presque toujours d'un anneau peu serré, d'orifice herniaire libre et permettant le passage du doigt.

Torsion proprement dite.— On en distingue 3 variétés principales :

- 1° Torsion en un point ;
- 2° Torsion double ou entre deux points fixes ;
- 3° Torsion complexe.

1° *Torsion en un point.* — C'est le type le plus fréquent ; l'épiploon tout en entier a décrit en un point variable de sa masse des tours de spire autour d'un axe vertical. Trois cas différents peuvent se présenter : il s'agit généralement d'une torsion en masse, c'est-à-dire que le point de torsion est haut situé au voisinage du côlon. On se trouve alors en présence d'une grosse masse épiploïque qui peut peser 5 à 600 grammes, reliée au côlon transverse par un mince pédicule plusieurs fois tordu sur lui-même. C'est la *torsion sous-colique*. Le cas de Lejars (*Semaine médicale*, 1907) en est un exemple : « Après avoir libéré la masse épiploïque jusqu'en haut, on découvrit tout près du côlon transverse son pédicule, tordu 3 fois sur lui-même, du volume du pouce, non in-

filtré d'ailleurs. La tumeur était grosse comme les deux poings, épaisse, compacte. »

D'autres fois, le point de torsion siège à la partie moyenne (Observation de Malherbe). L'épiploon défiguré, congestionné, en imminence de sphacèle, présente un pédicule tordu trois fois sur son axe, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

Enfin la torsion peut siéger au niveau du tiers inférieur à une distance variable du collet du sac (Observations de Oberst, de Peck, etc.).

2° Torsion double ou entre deux points fixes. — Le cas de Walther en est un exemple. L'extrémité de l'épiploon adhérait au fond de la vaginale, sous forme de corde tordue cinq ou six fois. Immédiatement au-dessus de l'anneau inguinal interne, existait une torsion en sens inverse.

Dans le cas de von Baracz, l'épiploon s'insérait de même à la partie inférieure d'un sac très épais, par une corde dure, tendue, tordue cinq ou six fois, de couleur bleue-noire, longue de 12 centimètres et grosse comme le petit doigt. Cette corde se prolongeait jusque dans le canal inguinal et aboutissait à la partie supérieure sur une tumeur du volume d'un œuf d'autruche, lobulée par des brides de tissu conjonctif et parcourue par de grosses veines saillantes gorgées de sang. Au-dessus d'elle une deuxième torsion en sens inverse séparait la partie lésée de la portion saine.

3° Torsion complexe. — Chavannaz a rencontré, derrière une hydrocèle vaginale coiffée d'un kyste du cordon, une torsion complexe de l'épiploon. A son extrémité libre, l'épiploon est replié sur lui-même en formant une anse à concavité supérieure. La portion ascendante de cette

anse vient s'enrouler ensuite sur la masse principale en formant autour d'elle une sorte de bague. Cette bague décrit deux tours de spire intimement accolés. Il en résulte donc la formation d'un nœud épiploïque. Dans le cas de Bender et Heitz, l'épiploon est sain à la partie supérieure ainsi qu'à la partie inférieure qui occupe le sac herniaire, mais la partie moyenne est ramassée et transformée en deux ou trois brides fibreuses épaissies formant entre elles plusieurs grands trous inextensibles où l'intestin aurait pu facilement s'étrangler. Sur le bord gauche du tablier épiploïque, à l'extrémité des brides fibreuses, deux grosses masses adipeuses pédiculées, dures et turgescents, étant plusieurs fois tordues sur elles-mêmes, ayant ainsi un pédicule commun long de deux centimètres.

Le cas de Wiart et Rénon est aussi intéressant. Ici la masse épiploïque, en se tordant sur elle-même, avait entraîné l'appendice qui s'était enroulé étroitement autour de la partie tordue.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'omentovolvulus a donné lieu à bien des hypothèses, ce qui s'explique facilement si on compare la diversité des cas observés à leur petit nombre. Bien des causes ont été invoquées, mais on ne peut actuellement résoudre d'une façon complète et définitive la question de mécanisme de ces torsions.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la torsion de l'épiploon survient chez des personnes atteintes d'une affection abdominale antérieure ayant pu retentir sur l'épiploon, et parmi ces affections il faut accorder une place d'honneur à la hernie. Elle a été considérée pendant longtemps comme seule cause, on sait aujourd'hui que d'autres affections peuvent déterminer l'omentovolvulus, comme nous l'avons vu dans l'étiologie.

Comment agissent ces diverses causes? En déterminant de l'épiploïte par irritation répétée de l'épiploon.

Cornil (1) a nettement établi qu'à la moindre irritation de voisinage l'épiploon a la propriété de se transformer, de réagir par de l'œdème, de l'hypertrophie, des adhérences.

(1) Cornil. — Communication à l'Académie de médecine, 28 déc. 1897.

Mais dans tous les cas on ne retrouve pas d'une manière aussi évidente la cause irritative, Lejars a pu en réunir 7 cas. Alors on peut se demander avec Maucclair s'il ne s'agirait pas d'une épiploïte, secondaire à des thromboses à rapprocher des thromboses des veines mésentériques si fréquentes et sur lesquelles les auteurs allemands ont attiré l'attention depuis ces derniers temps (Falkenburg, *Archiv. klin. Berlin.*, 70). Cette épiploïte spontanée pourrait passer inaperçue et expliquer quelques cas où il est difficile de mettre en évidence le point de départ. Nous arrivons à cette conclusion que la torsion de l'épiploon est toujours une complication des épiploïtes. Il serait, en effet, difficile d'expliquer la torsion d'épiploon absolument normal, car il est beaucoup trop mobile pour se laisser enrouler, et, comme le tablier avec lequel on le compare volontiers, il flotte devant la masse intestinale, mais ne s'enroule pas.

L'épiploïte est donc à la base de la torsion, elle est caractérisée, comme on le sait, par de l'hypertrophie et des adhérences. L'hypertrophie peut devenir colossale. Dans le cas de Lucas-Championnière le poids de la masse épiploïque atteignait 645 gr., il s'élevait à 1 kilogr. dans le cas de von Baracz. Hochenegg compare l'épiploon qu'il réséqua à une tête d'adulte; Demons aux deux poings, etc. Les adhérences elles aussi se retrouvent dans une foule d'observations, il est inutile d'y insister. Hypertrophie et adhérences, voilà les deux grandes causes qui vont nous expliquer la pathogénie de la torsion épiploïque.

Torsion en un point. — Ici l'hypertrophie domine. Il n'y a pas besoin d'adhérences pour la produire.

L'épiploon hypertrophié s'allonge, il se forme un pédicule, sa forme devient ramassée et ne permet plus

l'étalement complet devant l'intestin. L'épiploon ressemble alors à une lanière à laquelle serait suspendu un poids et ressent d'une façon bien plus sensible toutes les influences extérieures ou internes qui peuvent tendre à le mouvoir autour de son axe vertical, et, alors sous l'influence d'une de ces causes que nous avons signalées : effort musculaire, contractions intestinales, taxis, la torsion s'effectue. Dans quelques cas l'hypertrophie peut se faire d'une manière inégale et le développement irrégulier de la masse épiploïque aura pour conséquence de déplacer le centre de gravité et de faciliter d'autant la torsion.

Torsion autour de deux points fixes. — Elle est la conséquence des adhérences. Sous l'influence du processus irritatif, l'extrémité inférieure de l'épiploon va se fixer, tantôt comme c'est le cas le plus fréquent dans un sac herniaire, tantôt sur un kyste de l'ovaire, sur une trompe enflammée. Fixé, d'autre part, par son extrémité supérieure au côlon transverse, il se forme entre les deux points fixes une véritable corde épiploïque, et la partie de l'épiploon restée libre va avoir une tendance à tourner. En effet, que cette corde vienne à se tendre par écartement des deux points fixes, comme cela a lieu dans l'effort par redressement de la courbure abdominale, et l'épiploon s'enroule autour de sa partie fixe comme un drapeau autour de sa hampe.

Torsions complexes. — Elles peuvent être seulement constatées et non expliquées. Nous reproduisons à ce sujet l'opinion de M. Lucas-Championnière (1) vis-à-vis

(1) Lucas-Championnière. — Séance de la Société de chirurgie, 20 février 1907.

de ces torsions : « On conçoit par exemple la torsion d'un organe qui est porté par un pédicule et qui est mobile. Il est infiniment plus difficile de comprendre comment se tord le pédicule d'un organe qui est fixé de toutes parts. C'est ce que j'ai vu dans mon dernier cas. Il s'agissait d'une hernie inguinale ancienne et volumineuse chez une femme. La torsion était survenue récemment et s'était manifestée par une crise de douleurs qui avait fait croire à un étranglement. Mais la tumeur dans la grande lèvre était irréductible depuis longtemps, et au-dessous de l'étranglement, de la torsion, l'épiploon était fixé de toutes parts. J'ai bien réfléchi pour chercher quel pouvait être le mécanisme de cette torsion, je ne me l'explique pas du tout. »

Expérimentation. — Deux auteurs ont essayé de reproduire expérimentalement la torsion du grand épiploon, Mauclaire et Payr.

Mauclaire (1) a expérimenté sur le cobaye, mais la torsion de l'épiploon, beaucoup trop grêle, ne se maintint pas, malgré la fixation du bout inférieur, et il ne trouva à l'autopsie, un mois après, qu'un simple filament fibreux.

Payr (de Gratz (2) se servit de boules vides en aluminium qu'il implanta dans l'épiploon. Il constata d'abord que ces boules, encapsulées par les tissus, s'entourent d'un kyste rempli d'hydrogène, grâce à une action chimique de l'aluminium ; la torsion spontanée se produit

(1) Mauclaire. — *Revue de gynécologie*, 1904.

(2) Payr. — 31^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, avril 1902.

d'autant plus facilement que ces boules sont plus légères. L'auteur admet que le facteur initial de la torsion est une simple stase au niveau des veines, stase qui, en les rendant sinueuses, leur imprime le premier mouvement de torsion; ce mouvement est continué ensuite par le pédicule tout entier.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguerons deux formes : une forme aiguë et une forme chronique.

FORME AIGUE. — C'est la plus fréquente.

Le *début* est brusque : à la suite d'un effort, d'un travail un peu pénible ou de toute autre cause, un individu porteur d'une hernie généralement ancienne et réductible est pris d'une douleur brusque, déchirante parfois, que le malade de Lapeyre compare à un coup de poignard. Cette douleur siège soit dans le sac herniaire, soit dans son voisinage ou dans la fosse iliaque : elle se généralise bientôt à tout l'abdomen sous forme de violentes coliques. Il est probable que le point de départ de la douleur correspond au point de torsion. Mais l'existence de ce point de torsion, qui pourrait être si utile au diagnostic, ne donne pas de renseignements bien précis, car la torsion siège tantôt dans le sac (torsion intrasacculaire), tantôt dans son voisinage, surtout à droite et près du point de Mac Burney, simulant tour à tour la hernie étranglée ou l'appendicite. Néanmoins il est toujours très utile de faire bien préciser le point de douleur maximum. A cette douleur exquise font bientôt suite quelques nausées, des vomissements peu abondants, généralement alimentai-

res ou bilieux, mais très rarement fécaloïdes. Le malade est dans l'anxiété, le visage pâle et inondé de sueurs froides. En présence d'un début aussi dramatique, on fait appeler le médecin.

Examen direct.— A l'inspection, le ventre est généralement ballonné, météorisé, plutôt que rétracté. Dans la majorité des cas l'attention est attirée du côté de la hernie, qui est volumineuse, douloureuse, mate à la percussion, dure et irréductible. Souvent même on en est réduit à constater ces seuls symptômes herniaires, dans la moitié des cas en effet on n'a rien noté de spécial du côté de l'abdomen, soit que l'examen ait été incomplet, soit qu'il ait été rendu difficile par la tension douloureuse des parois. Les phénomènes abdominaux n'apparaissent souvent qu'après les premières heures, lorsque la douleur s'est un peu atténuée. On peut les résumer en deux mots : existence d'une tumeur intra-abdominale reliée à la hernie par un cordon plus ou moins résistant.

La tumeur intra-abdominale est d'ordinaire volumineuse, elle remonte haut. Aussi très souvent, à la simple inspection du ventre, on est frappé de son développement inégal, la moitié qui correspond à la tumeur est beaucoup plus développée que l'autre. A la percussion, cette différence s'accroît davantage, et tandis que la région opposée à la tuméfaction garde sa sonorité normale, parfois un peu exagérée, la tumeur elle-même est mate sur toute sa surface. A la palpation, on explore d'abord la mobilité et on constate que, si on peut déplacer légèrement la tumeur dans le sens transversal, on n'y arrive pas du tout dans le sens vertical, et même très souvent la tumeur est immobile dans tous les sens. C'est une sorte de gâteau, de plastron à contours irréguliers et indécis.

Elle est immédiatement accolée à la paroi et la main qui l'explore peut en apprécier certains détails, notamment sa surface bosselée qui donne à la pression la sensation d'une infiltration diffuse (Lejars).

Cette tumeur est reliée d'ordinaire à la hernie quand elle existe par une corde épiploïque. Cette corde, que Velpeau (1) a décrite pour la première fois, est dure, nerveuse et va en se rétrécissant jusqu'à la tumeur herniaire où elle se perd. La plupart des observations la signalent, c'est un signe à peu près constant.

Symptômes subjectifs. — Les vomissements qui ont marqué le début rétrocedent généralement après les premières heures, toutefois dans certains cas ils persistent plus violents, plus fréquents. L'arrêt du cours des matières intestinales n'est jamais absolu, les selles sont généralement supprimées (dans le cas de Malherbe il y avait de la diarrhée), le malade peut presque toujours émettre des gaz par l'anus.

Le pouls a des battements accélérés entre 100 et 110, la température oscille entre 38° et 38°5.

FORME CHRONIQUE. — Quoique plus rare, cette forme se rencontre dans un certain nombre d'observations ; une des plus intéressantes est celle de Trinkler : « Son malade, qui était porteur d'une hernie facilement réductible, ressentait depuis dix ans de la gêne dans la région inguino-scrotale gauche. De temps en temps, il se plaint du côté

(1) Velpeau. — Dict. de médecine ou Répertoire général des sciences médicales, p. 489, t. XV.

Corde épiploïque : Sorte de masse, toile, bride ou corde d'une certaine fermeté, remplissant le canal inguinal, se prolongeant dans la fosse iliaque et constituant la racine de la tumeur.

droit. Souvent, surtout durant ces dernières années, il ressent des douleurs ou plutôt une sensation pénible dans le bas-ventre. Il a toujours été constipé. Le médecin qui le soignait lui ordonna de porter un bandage. Mais, comme celui-ci paraissait lui augmenter les douleurs, il cesse de le porter et va consulter Trinkler, qui diagnostique une hernie épiploïque chroniquement étranglée. Il s'agissait d'une torsion de l'épiploon. » D'autres fois l'évolution est subaiguë : la malade de Lucas-Championnière et Mauban a été prise depuis sept à huit jours d'accidents du côté de la hernie qu'elle portait depuis vingt ans, lorsque des vomissements et des douleurs vives dans l'abdomen et la hernie forcèrent à l'intervention. Riedel a bien aussi montré cette évolution lente de l'*omentovolvulus*. Dans trois de ses observations que nous reproduisons plus loin, la crise terminale avait été précédée à un mois, trois mois, dix-huit mois de l'opération, d'une crise larvée caractérisée par quelques vomissements et des douleurs abdominales. Cette crise initiale plus ou moins atténuée peut passer inaperçue au médecin, et il est probable que ces crises sont plus fréquentes qu'on ne le croit et peuvent expliquer un certain nombre d'accidents survenant chez les herniaires.

Signalons en terminant que la torsion de l'épiploon peut passer totalement inaperçue et n'être révélée par aucun symptôme durant la vie. Le cas de Trémolières en est un exemple, ce fut l'autopsie de son malade atteint de cancer du pylore qui révéla la torsion épiploïque.

COMPLICATIONS

Les complications de l'omentovolvulus sont très diverses, mais elles sont heureusement rares, car dans la majorité des cas l'opération a été faite en temps opportun, le malade ayant bénéficié de l'erreur de diagnostic. Cependant il y a des cas où l'opération a été incomplète et où on a laissé une partie de l'épiploon tordu à l'intérieur de l'abdomen : on a vu alors éclater des phénomènes graves, qui ont causé la mort du malade.

Nous distinguerons d'abord les complications hémorragiques, qui sont les plus fréquentes et les plus redoutables, puis nous étudierons diverses autres complications telles que l'occlusion intestinale, l'ascite, la thrombose des veines, etc.

Complications hémorragiques. — L'hémorragie peut être intense et ne se manifester par aucun symptôme objectif, ou bien elle peut donner lieu à du mélæna, à des hématémèses.

1° L'hémorragie interne n'est pas signalée dans les diverses observations, mais on peut l'admettre par analogie avec celle qui se produit souvent dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. L'épiploon, du fait de la torsion, subit des troubles circulatoires profonds ; les

veines du pédicule sont les premières comprimées ; les artères, grâce à leur élasticité, échappent à la compression. Il en résulte que, par apport continu de sang artériel, on pourrait observer des phénomènes congestifs, qui déterminent par rupture vasculaire une hémorragie, rapidement mortelle, mais le fait n'a pas été observé.

2° Mélana-hématémèses (1). Les cas de Moresco et d'Eiselsberg sont intéressants à ce sujet.

Dans le cas de Moresco, la plus grande partie de l'épiploon tordu avait été laissé dans la cavité abdominale et formait une tumeur ovale de la grosseur d'une tête d'enfant, cyanosée, œdémateuse, sphacélée. Le péritoine portait des traces de péritonite purulente ; l'estomac, l'intestin, distendus par les gaz, contenaient du sang en partie digéré. Cette hémorragie provenait de petits foyers hémorragiques et nécrotiques des muqueuses stomacale et intestinale.

Dans le cas d'Eiselsberg, le jour qui suivit l'opération, le malade eut un vomissement de 3/4 de litre de matières analogues à du marc de café, alors que le lavage pratiqué sitôt après l'opération n'avait rien donné de spécial. La mort survint 38 heures après l'opération. L'autopsie montra qu'on n'avait fait la résection que d'une seule torsion, il restait 3 tours situés plus haut. Le reste de l'épiploon présentait des infiltrations sanguines, et à la coupe on vit les veines thrombosées. Quant à l'intestin grêle, on ne put constater autre chose qu'une rougeur et un dépôt fibrineux. Sur la muqueuse stomacale on vit

(1) Extrait du mémoire de Preztsch. — Ce chapitre a été traduit de l'allemand par nos soins. M^{lle} Rubinstein a bien voulu nous prêter son gracieux concours, nous la remercions bien vivement.

tout près du pylore une grosse ulcération d'un centimètre et plusieurs autres plus petites présentant un fond brunâtre. De l'autre côté du pylore on trouva un abcès long de 12 à 13 centimètres, siégeant au niveau du duodénum. Au niveau de la petite courbure on aperçut six gros abcès et plusieurs autres plus petits qui avaient détruit la muqueuse. Le fond de ces abcès était couvert d'un dépôt hémorragique brun-noirâtre. Enfin on trouva disséminées sur la face antérieure de l'estomac de petites érosions.

Eiselsberg considère ces érosions comme d'origine embolique. Moresco considère que la cause des hémorragies réside dans la pression exercée par la tumeur sur la circulation du mésentère.

Probablement dans ces deux cas il s'agit d'une embolie infectieuse, comme le montrent une série d'observations analogues. Gussenbauer a constaté que des thrombus infectés partis de l'intestin et du mésentère dans l'occlusion intestinale peuvent arriver au poumon et provoquer des pneumonies. Pietrokosky l'a démontré expérimentalement sur des animaux. Peut-être la broncho-pneumonie mortelle des cas de Monod et de Heitz et Bender est-elle due à une embolie semblable, mais c'est là une hypothèse, puisque dans le premier cas le malade avait l'influenza et dans le deuxième de l'emphysème. Von Eiselsberg rapporte un cas analogue d'une hémorragie stomacale chez un malade qui présentait une hernie réductible de l'épiploon et où on avait réséqué un gros morceau d'épiploon altéré. Deux jours après l'opération, des hémorragies stomacales eurent lieu, malgré cela la guérison survint. Cette hypothèse de l'origine embolique des lésions stomacales et du duodénum par une embolie rétrograde ou une thrombose des veines de l'épiploon trouve une con-

firmation dans le travail récent de Payr (1), qui rapporte une série d'observations cliniques et qui démontre par des expérimentations sur les animaux le rapport causal existant entre la formation des thrombus et les phénomènes stomacaux. A l'aide de fines aiguilles de Pravaz, Payr injectait des cobayes, des lapins, des chiens, et sous la réserve de la plus stricte asepsie il faisait pénétrer dans les veines de l'épiploon et du péritoine de fins éléments corpusculaires, par exemple de l'encre de Chine, ou de l'huile, etc. Il obtint ainsi quelques résultats peu nombreux, il est vrai, mais tous positifs; il constata des érosions hémorragiques déterminant de fortes hémorragies de l'estomac ou bien encore la formation d'un joli abcès typique. Dans quelques cas aussi le duodénum participa à ces modifications. Les mêmes constatations ont été faites par Engelhardt et Neck (2) pour le foie, après ablation de l'épiploon chez les chiens, lapins et cobayes.

Autres complications. — L'occlusion intestinale peut résulter de deux mécanismes différents : ou bien l'épiploon entraîne dans sa torsion le côlon transverse auquel il est fixé, déterminant ainsi le volvulus comme dans le cas d'Allingham, ou bien l'occlusion se produit du fait des adhérences. Celles-ci sont, en effet, fréquentes dans la torsion, et non seulement elles provoquent de la douleur, mais encore en tirant sur l'intestin elles peuvent réduire sa lumière par coudure déterminant ainsi l'occlusion.

La rupture du pédicule peut avoir lieu comme cela se

(1) Payr. — *Munich. med. Wochenschr.*, 1905, n° 17, p. 793.

(2) Neck. — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1901, n° 58, p. 308.

produisit dans le cas de Wiesinger. Dans ce cas, il peut se déclarer de la péritonite aiguë entraînant rapidement la mort du malade. Mais on peut aussi se demander si cette masse épiploïque ne pourrait être supportée sans grand dommage pour le malade, comme cela a lieu dans le kyste fœtal par grossesse ectopique ? On ne peut répondre à cette question, car il n'y a pas encore assez d'observations à ce sujet.

La thrombose des veines qui se produit dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, ainsi que Terrillon l'a démontré, se produit aussi dans l'omentovolvulus. Elle est alors le point de départ d'une phlébite, phlébite des membres inférieurs comme dans un cas de Riedel.

L'ascite a été aussi signalée, c'est une ascite symptomatique, analogue à celle qu'on observe dans les kystes de l'ovaire. Elle est due probablement à l'irritation chronique du péritoine par la tumeur épiploïque et ne se retrouve par conséquent que dans les formes à marche lente.

DIAGNOSTIC

C'est à notre avis le point le plus délicat, le plus difficile de la torsion du grand épiploon, sinon le plus important. Il y a peu de temps encore on n'avait jamais porté le diagnostic exact avant l'intervention, aussi le considérerait-on volontiers comme impossible. Lejars a eu le mérite de faire pour la première fois le diagnostic dans un cas où il s'agissait d'une tumeur abdominale apparue subitement chez un malade atteint d'une hernie inguinale : il a rapporté cette observation dans la *Semaine médicale* de février 1907. Après lui, Morestin en France, Tietze et Payr (1) (de Gratz) en Autriche, ont pu diagnostiquer des cas analogues. Deux de ces chirurgiens, il est vrai, en étaient à leur second cas, ils étaient par conséquent avertis par l'expérience. Dans les 73 observations que nous avons pu réunir, nous n'avons trouvé que ces 4 cas où le diagnostic ait été fait, c'est bien peu, et c'est dire assez combien il est difficile d'y arriver.

Nous examinerons successivement les divers cas qui peuvent se produire :

(1) Tietze et Payr. — 36^{me} Congrès de la Société allemande de chirurgie, avril 1907.

- 1° Il existe une hernie et cette hernie est occupée.
- 2° La hernie est vide.
- 3° Il n'y a pas de hernie.

1° *Hernie occupée.* — a) Il faut tout d'abord établir que cette hernie est une épiplocèle, c'est là un point important pour le diagnostic, car jamais on n'a rencontré d'intestin dans le sac lorsqu'il s'agit d'un omentovolvulus. La matité, la sensation d'un corps finement granuleux et lobulé, qui s'étale et se déplisse entre les doigts, font reconnaître l'épiploon. Cette masse pâteuse rentre lentement dans l'abdomen en s'accompagnant d'une sorte de froissement, de frémissement dû au frottement de l'épiploon le long des parois du sac (1).

Ce sont là les signes de l'épiplocèle réductible comme on l'observe assez souvent dans les cas de torsion épiploïque. Dans le cas diagnostiqué par Lejars il s'agissait d'une épiplocèle réductible, et la réductibilité de la masse herniaire suffit pour exclure le diagnostic d'épiplocèle étranglée. Mais assez souvent on est en présence d'une épiplocèle devenue brusquement irréductible. Les symptômes sont les suivants : Les vomissements sont rares, presque jamais fécaloïdes, le malade émet quelques gaz par l'anus. Si on a recours aux purgatifs, ceux-ci déterminent presque toujours des évacuations. Enfin il n'y a jamais cet état de dépression avec hypothermie, cette anxiété que présentent les sujets atteints d'étranglement intestinal. La température s'élève peu, le pouls se maintient bon. Tous ces symptômes nous les retrouvons dans la torsion de l'épiploon. Qu'est-ce qui

(1) Voir Forgue. — Pathologie externe, t. II.

nous permettra donc de faire le diagnostic entre la torsion et l'épiploïte simple ? C'est d'abord la présence de la *tumeur abdominale*, et c'est ensuite la *corde épiploïque*.

Nous avons déjà vu les caractères de la tumeur, nous n'y reviendrons pas, nous dirons simplement que cette tumeur qui apparaît brusquement et qui est accolée à la paroi ne se retrouve que dans la torsion de l'épiploon, jamais on ne l'a signalée dans l'épiploïte simple. C'est donc un très bon caractère différentiel.

La corde épiploïque à elle seule ne saurait être un signe décisif, elle n'a de valeur que parce qu'elle est associée à la tumeur abdominale. Velpeau qui lui a donné son nom, Bouilly (1) qui après lui a insisté plus particulièrement sur la valeur de ce signe, l'ont décrite dans les épiploïtes adhérentes, c'est-à-dire, il suffit que l'épiploon ait contracté des adhérences avec le sac pour qu'on puisse la mettre en évidence. Cette condition se retrouve dans la plupart des cas de torsion, aussi existe-t-elle souvent dans ce cas. La présence de cette corde n'a donc de valeur que si elle accompagne la tumeur abdominale, dans ce cas elle acquiert la plus haute importance, surtout si on sait qu'elle est très difficile à mettre en évidence dans l'épiploïte adhérente ; des auteurs, comme Reclus, déclarent ne l'avoir jamais rencontrée dans ce cas, alors que tous ou presque tous les auteurs la signalent dans la torsion de l'épiploon.

b) Dans le cas où la hernie est occupée, le diagnostic peut encore se poser d'avec l'appendicite, à cause de l'intensité des phénomènes abdominaux, les phénomènes herniaires passant au second plan ; mais c'est surtout

(1) Bouilly. — *Bulletin Société chirurgie*, Paris, 1883, t. IX.

dans le cas où la hernie est vide que ce diagnostic est à faire, nous le réservons pour ce cas.

2° *Hernie vide.* — L'hypothèse d'un étranglement herniaire semble à *a priori* devoir être écarté. Encore faut-il préciser. Le sac, nous l'avons vu, peut être vide depuis longtemps, la hernie étant bien maintenue par un bandage ; dans ce cas il n'y a pas d'hésitation possible, il ne s'agit pas d'un étranglement herniaire. Il n'en est pas de même lorsque le sac est vide depuis peu de temps, du fait très souvent du taxis, et on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réduction en masse ; ce diagnostic a été posé plusieurs fois.

Le cas de Hochenegg en est un remarquable exemple : « Un homme de 41 ans portait depuis son enfance une hernie inguinale droite réductible. Le 31 décembre 1899, il la réduit avec beaucoup de peine ; le soir il est pris d'un grand frisson, de violentes douleurs abdominales, de vomissements ; la température oscille entre 38° et 38°4. Les accidents persistent et s'aggravent durant les trois premiers jours de janvier, le pouls est petit, fréquent, le facies angoissé : l'anneau inguinal est libre et laisse passer deux doigts ; dans la fosse iliaque on trouve une masse rénitente, mate, d'une sensibilité extrême. On pense à une réduction en masse et à la probabilité d'une hernie cœcoappendiculaire et d'une appendicite consécutive aux manœuvres de taxis. On opère : on trouve dans le ventre 2 litres d'ascite sanguinolente et une tumeur épiploïque tordue de droite à gauche au niveau du pédicule supérieur. » Comme on le voit, rien ne manque à ce tableau symptomatique qui rappelle à s'y méprendre la réduction en masse, seul le bistouri fixera le diagnostic.

Mais le cas le plus intéressant est celui où la hernie est depuis longtemps abandonnée. Il est toujours important, dit Lejars, de la constater, d'y insister ; rapprochée du début des accidents et des résultats de l'exploration intra-abdominale elle peut servir au diagnostic. Dans le cas qui nous occupe, c'est uniquement d'après le caractère de la tumeur abdominale que nous ferons le diagnostic, et c'est surtout d'avec l'appendicite que ce diagnostic est à faire. La brusquerie du début, l'apparition d'une douleur vive dans la région abdominale à droite de la ligne médiane, très souvent à la suite d'un travail pénible, d'un effort, rappelle à s'y méprendre la colique appendiculaire. Mais cette douleur n'est pas toujours aussi nettement localisée que dans l'appendicite, sauf dans le cas, bien entendu, où l'appendicite vient compliquer la torsion épiploïque. La défense musculaire, l'hyperesthésie qui font partie de la triade symptomatique de Dieulafoy, existent aussi, mais à un moindre degré, dans la torsion de l'épiploon. C'est encore aux caractères de la tuméfaction qu'on demandera le diagnostic.

La tuméfaction dans l'appendicite est profonde, la tumeur épiploïque est collée à la paroi. A la percussion superficielle dans l'appendicite on a de la submatité, à la percussion profonde de la sonorité, dans la torsion on a toujours de la matité. Très souvent dans l'appendicite on peut mettre en évidence de la fluctuation, ici elle fait toujours défaut. Enfin signalons dans la torsion du grand épiploon comme caractère très important *la discordance qui existe entre les phénomènes locaux*, qui sont très intenses, et *les phénomènes généraux*, de peu de gravité. Avec une tuméfaction aussi considérable que celle que l'on constate dans l'omentovolvulus, si on avait

affaire à une appendicite, la situation du malade serait presque désespérée.

3° *Pas de hernie.* — Le diagnostic est encore à faire avec l'appendicite, et les difficultés sont encore plus grandes que dans le cas précédent, car la hernie indicatrice fait défaut. Nous ne reviendrons pas sur les caractères différentiels des deux affections.

Le diagnostic peut encore hésiter entre l'occlusion intestinale et la torsion, mais nous savons que dans celle-ci l'arrêt du cours des matières intestinales n'est jamais absolu, tout au moins dans la majorité des cas, alors que cet arrêt est caractéristique de l'occlusion. De plus, dans la torsion, les phénomènes généraux sont peu intenses.

Telles sont les grandes lignes du diagnostic. A première vue il semble relativement facile de le faire, et cependant il n'a été fait qu'un tout petit nombre de fois, aussi nous concluons en disant que la symptomatologie de l'omentovolvulus est, avant tout, une symptomatologie d'emprunt, due à la participation des organes voisins, ce qui contribue à égarer le diagnostic.

PRONOSTIC

La torsion de l'épiploon est d'un pronostic bénin si on considère les résultats opératoires (6 morts sur 73), la guérison est la règle, et si la mort survient elle est le fait le plus souvent d'une maladie intercurrente. Mais ce n'est là qu'une bénignité apparente, car la gravité des complications que nous avons signalées nous font préjuger de ce qui arriverait si on n'opérait pas le malade. Sans doute une terminaison favorable est possible, mais elle n'irait pas sans laisser après elle des troubles compromettant gravement la santé du sujet : douleurs persistantes, fonctions intestinales entravées, menaces d'étranglement ou d'occlusion. Et dans ces cas où l'on abandonnerait le malade à lui-même, l'évolution serait subordonnée à l'état de l'épiploon, à son intégrité, qui est elle-même sous la dépendance de la perméabilité des vaisseaux de son pédicule, c'est-à-dire de la torsion plus ou moins serrée. C'est pourquoi les cas où il existe une torsion en deux points différents seront beaucoup plus défavorables que les autres, de même pour les torsions complexes. Aussi, pratiquement, on ne doit pas attendre l'aggravation des phénomènes pour intervenir, et là comme dans beaucoup d'affections l'opération faite en temps opportun sera bien préférable à l'opération *in extremis*.

TRAITEMENT

« Dans toutes les torsions aiguës, la laparotomie s'impose à une heure plus ou moins hâtive, suivant la forme et la gravité des accidents: on ne se repentira jamais d'avoir opéré tôt, et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions » (Lejars). La laparotomie est l'opération de choix lorsque le diagnostic a été porté avant l'intervention. On pratiquera l'incision de Jalaguier. Les adhérences seront décollées de façon à permettre la libération du bout inférieur de l'épiploon, qu'il soit ou non intraherniaire. Puis, après avoir attiré la masse au dehors, on pratiquera la ligature du pédicule et l'ablation de la partie sous-jacente. On aura aussi bien soin de constater la parfaite intégrité du tissu situé au-dessus des tours de spire et l'absence d'une deuxième torsion plus élevée. Nous répèterons encore ici qu'une torsion peut passer inaperçue et donner naissance à des phénomènes graves, qui ont entraîné la mort de plusieurs malades (Observations de Moresco, d'Eiselsberg, etc.).

Malheureusement il est probable que la torsion de l'épiploon, encore peu connue, ne sera pas souvent diagnostiquée et ne sera découverte qu'au cours d'une opération après diagnostic d'appendicite ou d'épiplocèle herniaire.

Dans le cas de confusion avec l'appendicite, la technique est la même que celle que nous venons d'indiquer à grands traits.

Dans le cas d'épiplocèle on soupçonnera une torsion de l'épiploon lorsqu'on se trouvera en présence d'un épiploon altéré sans qu'il y ait étranglement, ou encore par la constatation de tours de spires intrasacculaires. Le palper abdominal, la corde épiploïque pourraient être d'un grand secours. Dans ce cas, l'incision de la kélotomie est tout à fait insuffisante, il ne faut pas se borner à attirer par l'anneau l'épiploon abdominal. On risque ainsi de faire une opération incomplète. Il faut prolonger l'incision sur la paroi abdominale, de façon à reconnaître l'étendue de la lésion et à opérer au grand jour la libération de la tumeur épiploïque.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Cas du docteur Roger (d'Agde), opéré par M. le professeur Forgue)

M. F..., âgé de 75 ans, est porteur d'une hernie ancienne, inguinale, droite, habituellement maintenue par un bandage. A la suite d'un effort violent, il a observé la sortie d'une grosse masse qu'il a été impossible de réduire. Le docteur Roger appelé au deuxième jour n'a point obtenu la réduction : il s'est borné, d'ailleurs, à un taxis modéré et, devant l'apparition d'accidents d'étranglement (nausées avec quelques petits vomissements, météorisme douloureux de l'abdomen, arrêt de la circulation des matières intestinales), il a conseillé l'intervention.

Celle-ci est faite dans le courant de la troisième journée. Le diagnostic d'épiplocèle étranglée est porté ; on trouve dans les bourses, à droite, une masse du volume d'un gros poing d'adulte, un peu douloureuse, irrégulièrement lobulée, mate à la percussion, qui se prolonge par un pédicule palpable dans tout le trajet inguinal et qui se continue, dans la profondeur, par une résistance profonde que l'on attribue à la corde épiploïque.

L'intervention montre, en effet, que la tumeur est toute entière constituée par l'épiploon ; ce dernier est transformé en une masse compacte, par un véritable enroulement qui accole ses feuillets. Cet épiploon a subi une transformation fibro-lipomateuse qui est évidemment ancienne et a préexisté aux accidents présents. La

masse, qui par points est d'un rouge noirâtre très foncé, montre, inclus dans son épaisseur, des foyers sanguins de petit volume. Dans le fond du sac, elle est fixée par des adhérences assez étroites, mais qui sont récentes et cèdent en grande partie à la décortication de la main qui les sépare du plan séreux.

M. Forgue ne s'attarde point d'ailleurs à rompre toutes ces adhérences : rapidement, il clive le sac, et poursuit sa libération le plus haut possible, grâce à la large incision qui a été pratiquée sur la paroi antérieure du trajet inguinal. C'est alors qu'il s'aperçoit que, dans la partie correspondante au trajet inguinal lui-même, le pédicule épiploïque, remarquablement mince par rapport à la masse terminale de l'épiploon, est transformé en un cordon du volume du doigt, qui présente quatre tours de spire, au niveau desquels le pédicule épiploïque est ecchymotique, d'une teinte presque noirâtre en certains points. L'épiploon est attiré peu à peu hors de l'abdomen ; l'on reconnaît que, dans une étendue de deux travers de doigt au moins, il est d'un rouge sombre : c'est au delà de ce point que porte la résection de l'épiploon ; elle est faite après placement de trois ligatures en chaîne.

La guérison fut parfaite et aseptique. Le malade se levait le vingtième jour et est resté guéri.

OBSERVATION II

(Cas du docteur Orssaud (de Pézenas), opéré par M. le professeur Forgue)

Mme Joséphine C..., 59 ans, à Pézenas, n'a jamais été malade.

Il y a 12 ans, elle ne peut préciser, après avoir aidé un moissonneur à charger sur son dos un sac de blé, elle sentit une vive douleur dans l'aîne droite, elle y porta aussitôt la main et s'aperçut de l'existence d'une grosseur molle, de la dimension d'une noix, qui rentra facilement après un léger taxis.

Depuis elle ne s'était plus inquiétée de cet « effort ». Sans doute, les jours de grande fatigue elle sentait la boule qui sortait et la gênait, mais elle la rentrait toujours facilement.

Une fois dans cette douzaine d'années elle en souffrit, il y a quatre ans environ, plus sérieusement. Une vive douleur, des vomissements durèrent près de deux heures. On les attribua à une indigestion ; puis la hernie rentrant, tout disparut, et l'entourage de la malade continua à ignorer même son existence.

Le 2 août 1906, le docteur Orssaud est appelé auprès de la malade à 3 heures du matin, pour des accidents nets d'étranglement (douleur depuis la veille au soir, vomissements répétés, sueurs froides. Il portait le diagnostic d'entéro-épiplocèle inguinale étranglée, et un taxis d'un quart d'heure réduisit la masse entière. Un purgatif entraîna des selles abondantes et une détente manifeste des symptômes. Mais dans les jours qui suivirent la tumeur se reproduisit, devint plus douloureuse, s'accompagnant de nausées, de ballonnement, et devint absolument irréductible. Aussi l'état général de la malade s'aggravant, l'intervention opératoire fut pratiquée le 9 août au soir.

Le diagnostic définitif fut celui d'une hernie inguinale composée d'épiploon enflammé et adhérent avec présence probable d'un peu de liquide dans le sac. On se fondait, pour ce diagnostic, sur l'évolution lente des symptômes, l'intensité modérée comme troubles abdominaux, la persistance du passage des gaz et les résultats de la palpation qui montraient une masse un peu lobulée, de consistance charnue, mate à la percussion, se continuant vers l'abdomen par un pédicule profond, perceptible au-dessus de l'arcade.

L'opération conduisit, en effet, sur une masse d'épiploon d'un rouge très foncé, autour de laquelle se trouvait une nappe mince d'un liquide comparable à du bouillon sale et fétide. Après nettoyage, au moyen de compresses imbibées de sérum, de cette masse, on commença à détruire les adhérences qui la fixaient au fond du sac. Puis, en poursuivant la libération du paquet épiploïque vers le trajet inguinal, on se rendit compte qu'elle présentait au-dessus du collet du sac une torsion par deux tours de spire de son pédicule. Ce dernier fut abaissé et attiré hors de l'abdomen, et l'épiploon fut lié par une double ligature en chaîne à trois travers de doigt environ au-dessus de la torsion pédiculaire.

La cure radicale fut ensuite pratiquée. Les suites opératoires furent aseptiques et simples. La malade est depuis restée en excellent état.

Autres Observations

III. — OBERST

Homme de 35 ans, porteur d'une hernie inguinale droite depuis 12 ans, réductible (épiplocèle). Début brusque. On constate une tumeur inguinale droite descendant jusque dans la bourse, se continuant dans l'abdomen en un cordon mince, mobile, non réductible. Diagnostic : Hernie inguinale irréductible. Kélotomie. Torsion en un point inférieur. Guérison.

IV. — ALLINGHAM

Femme atteinte d'une hernie inguinale, qui présentait tous les caractères de l'étranglement herniaire. On constata la torsion de l'épiploon adhérent au sac herniaire, torsion qui s'était communiquée au côlon transverse : celui-ci se trouvait de la sorte atteint de volvulus dans l'abdomen. L'excision de l'épiploon fit cesser les accidents.

V. — DEMONS

Un homme âgé de 36 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis l'âge de 7 ans, présenta, 3 jours après un effort, tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Le diagnostic de la hernie paraissant bien établi, on fit l'opération.

On trouva dans le sac une tumeur volumineuse déjà noire, constituée par une masse d'épiploon commençant à se sphaceler. Il fut impossible d'attirer hors du canal inguinal une portion saine d'épiploon, afin de faire la section à la ligature du sac en vue de la cure radicale.

C'est ce qui obligea de faire la section en un point qui ne paraissait pas aussi sphacélé que le reste.

On surveilla le malade de façon à parer par une laparotomie aux complications qui pourraient se présenter.

Le lendemain le malade alla mieux.

Puis, la nuit suivante, survinrent des phénomènes péritonéaux, facies grippé, pouls petit, imperceptible.

Je pratiquai la laparotomie et dans l'abdomen je trouvai une masse énorme gangrenée représentant toute la partie inférieure de l'épiploon. Celui-ci avait été tordu deux fois sur lui-même. La torsion supérieure siégeait immédiatement au-dessus du côlon transverse.

C'est cette torsion qui était passée inaperçue dans l'opération de la cure radicale et qui avait empêché d'extraire du canal inguinal le reste de l'épiploon.

Je ne connais pas d'exemple semblable de torsion aboutissant à la gangrène.

VI. — BAYER (voir page 18)

Femme de 54 ans, atteinte de hernie inguinale gauche depuis 25 ans, réductible. Symptômes. Début brusque. Tumeur herniaire douloureuse de même que la région inguinale. Diagnostic : Hernie inguinale étranglée. Opération : Kélotomie, puis incision agrandie, torsion en deux points différents. Guérison.

VII. — MONOD

Homme de 40 ans. Hernie inguinale depuis six ans, réductible (épiplocèle). Début brusque. Tumeur inguino-scrotale dure, tendue, avec corde épiploïque dans le canal inguinal et la fosse iliaque. Diagnostic : Epiplocèle étranglée, cure radicale. Torsion en un point intraherniaire, mort par broncho-pneumonie le cinquième jour.

VIII. — EISELSBERG (voir page 35)

Homme de 43 ans. Hernie inguinale droite datant de trois ans. Début brusque. Masse dure et douloureuse dans le canal inguinal droit, coexistant avec une tumeur semblable dans l'hypocondre. Diagnostic : Epiplocèle étranglée.

Kélotomie puis incision agrandie. Torsion en un point. Mort le lendemain. A l'autopsie, on reconnut que la partie déclive avait été seule réséquée et que le reste de l'épiploon laissé dans le ventre était lui-même tordu : c'est ce qui expliquerait la mort.

IX. — EITEL

Il s'agit d'un ascitique chez lequel après deux ponctions abdominales on fit la laparotomie et on reconnut une torsion épiploïque, du reste réductible, que l'on se contenta de détordre; tous les accidents cessèrent et la guérison fut complète.

X. — BARACZ (voir page 23)

Homme de 42 ans. Hernie inguinale gauche depuis plusieurs années, réductible (épiplocèle). Début brusque. Région inguinale saillante : Du testicule part un cordon dur, gros comme le doigt, immobile, irréductible, qui occupe le canal inguinal dont il suit la direction. Diagnostic : Hernie inguinale étranglée.

Kélotomie, puis incision agrandie de 10 cm. Torsion en deux points différents. Guérison.

XI. — PECK

Femme de 37 ans.

Hernie inguinale droite depuis 12 ans.

Début brusque. Masse distincte dans la partie droite de l'abdomen. Diagnostic : tumeur abdominale, torsion sous-colique. Guérison.

XII. — HOCHENEGG

Homme de 41 ans.

Hernie inguinale droite congénitale, réductible.

Début brusque. Résistance douloureuse, au-dessus du ligament de Poupart droit.

Diagnostic : Appendicite avec exsudat péritonéal.

Laparotomie sur la ligne mammillaire.

Torsion sous-colique.

Guérison.

XIII. — WIENER

Homme, 79 ans, hernie inguinale droite depuis 30 ans, réductible, indolore. Première crise à 4 semaines de la crise terminale.

Masse de la grosseur d'une orange sur la ligne axillaire à mi-chemin des côtes et de l'épine iliaque antéro-supérieure. Diagnostic : Abcès appendiculaire. Laparotomie au niveau de la tumeur. Torsion sous-colique. Guérison.

XIV. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Homme de 45 ans, hernie inguinale gauche depuis 27 ans, réductible (épiplocèle). Depuis quelques semaines souffre de sa hernie. Masse irréductible, dure, douloureuse, se continuant manifestement avec masse intra-abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic. Diagnostic : Hernie étranglée. Kélotomie. Guérison.

XV. — LEJARS

Homme de 44 ans, hernie inguinale droite, ancienne, indolore. Début brusque. Masse très volumineuse, immobile, mal limitée, empatement dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : Appendicite. Incision iliaque oblique. Torsion sous-colique. Mort par délirium tremens.

XVI. — POTHERAT

Homme. Hernie inguinale (épiplocèle). Début brusque. Masse volumineuse au-dessus de l'arcade crurale. Diagnostic : Réduction en masse. Incision de kélotomie et laparotomie latérale. Torsion sous-colique. Guérison.

XVII. — WALTHER (voir page 18)

Homme, 22 ans, hernie inguinale droite congénitale (épiplocèle) avec ectopie testiculaire. Début brusque. Tumeur inguino-scrotale ayant subitement augmenté de volume, mate et très douloureuse. Diagnostic : Hernie congénitale étranglée ou épiploïte. Incision inguino-scrotale de 12 centimètres. Torsion en 2 points. Guérison.

XVIII. — CHAVANNAZ (voir page 23)

Homme, 19 ans, hernie inguinale droite congénitale (épiplocèle). Evolution lente. Bourse droite grosse comme un œuf de cane. Au

pôle supérieur se détache un cordon disparaissant dans le canal inguinal, n'augmentant pas sous l'effort de la toux, ne cédant pas à la pression. Diagnostic : Hernie congénitale épiploïque avec sérosité. Incision sur le canal inguinal. Torsion complexe ; nœud épiploïque, hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale.

XIX. — HEITZ et BENDER (voir page 24)

Homme de 50 ans. Hernie inguinale gauche volumineuse, irréductible depuis quelque temps (épilocèle). Hernie douloureuse au palper sans que la pédicule le fût davantage. Diagnostic : Hernie engouée. Kélotomie. Torsion complexe. Mort par broncho-pneumonie 3 semaines après.

XX. — WIART et RENON

Femme de 53 ans. Hernie inguinale droite (épilocèle). Au niveau de la fosse iliaque droite, zone douloureuse, large comme la main environ et partant de l'épine iliaque antéro-supérieure pour se prolonger en bas et en dedans jusqu'au niveau de la hernie inguinale. Diagnostic : Hernie inguinale étranglée, un peu anormale. Kélotomie, puis incision agrandie. Masse épiploïque, grosse comme une tête de fœtus pédiculisée et étranglée par un cordon enroulé deux fois autour de la partie supérieure. Le cordon n'est autre que l'appendice. Guérison au vingt-cinquième jour.

XXI. — SOULIGOUX et DESCHAMPS

Femme de 35 ans. Eventration au niveau d'une cicatrice de laparotomie. Début brusque. Tumeur médiane, dure, bosselée, tendue, douloureuse, irréductible. Laparotomie latérale. Torsion complexe. Guérison.

XXII. — OELWEIN

Homme de 51 ans. Hernie inguinale droite depuis trente ans. Début brusque. Résistance douloureuse de la région iléocœcale. Diagnostic : Appendicite. Laparotomie. Torsion sous-colique. Guérison.

XXIII. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et MAUBAN

Femme de 50 à 55 ans. Hernie inguinale depuis 20 ans, toujours irréductible (épiplocèle). Souffre depuis une quinzaine de jours. Tumeur inguinale très dure se continuant dans le ventre dans la direction du canal. Diagnostic : Hernie étranglée. Kélotomie. Torsion sous-colique. Guérison.

XXIV. — TUFFIER

Homme de 48 ans. Hernie inguinale gauche, réductible. Début brusque. Tumeur allongée verticale siégeant à la partie interne de la fausse iliaque gauche, mate à la percussion superficielle. Diagnostic : Occlusion intestinale. Laparotomie. Torsion sous-colique. Guérison.

XXV. — TRINKLER (voir page 32)

Homme. Hernie inguinale droite congénitale avec cryptorchidie. Tumeur dure et mate, s'étendant dans toute la moitié droite du ventre et se continuant dans le scrotum. Diagnostic : Hernie épiploïque adhérente chroniquement étranglée avec participation de l'appendice. Torsion en un point. Guérison en trois semaines.

XXVI. — MORESCO (voir page 35)

Hernie inguinale droite de plusieurs années, réductible (épiplocèle). Début brusque. Tumeur inguino-scrotale, dure, douloureuse et mate. Diagnostic : Epiplocèle étranglée. Kélotomie. Torsion en un point inférieur. Mort le lendemain. A l'autopsie on découvrit dans le ventre une tumeur épiploïque grosse comme la tête de fœtus et en voie de sphacèle, et un pédicule sous-colique tordu trois fois.

XXVII. — PAYR

Femme de 49 ans.

Pas de hernie, mais un kyste de l'ovaire.

Du côté droit de l'abdomen, tumeur modérément tendue, de surface bosselée, plus grosse qu'une tête d'enfant, mal délimitée

par en haut, et de son pôle supérieur se détache une sorte de cordon ascendant.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire. ✓

Volumineuse tumeur noirâtre et infiltrée de sang, constituée par un kyste de l'ovaire à pédicule tordu presque sectionné et une masse épiploïque, adhérente, tordue aussi deux fois sur elle-même au niveau du cordon qu'on avait senti par le palper.

XXVIII. — BROCA

Gargon de 4 ans 1/2. L'enfant fut apporté il y a cinq jours, le 4 juillet, à notre consultation. Il souffrait d'une réaction péritonéale modérée, mais évidente, avec 39°5 de température, et dans le ventre, un peu ballonné, partout sensible, ma main tomba tout de suite, à droite de la ligne médiane, sur une grosse masse dure et mate, que la douleur et la défense musculaire m'empêchèrent de palper avec précision. Elle occupait toute la fosse iliaque droite et atteignait, de l'ombilic au pubis, la ligne médiane qu'elle dépassait peut-être un peu.

Notre diagnostic à tous fut appendicite. Il était commandé non seulement par l'examen local actuel, mais encore par les commémoratifs. La crise, en effet, avait débuté brusquement le matin même de l'amenée à l'hôpital, par une douleur vive quand l'enfant s'était levé. Mais depuis cinq à six mois des souffrances abdominales s'étaient déclarées à droite, surtout depuis deux mois, à la suite d'une chute elles s'étaient aggravées ; elles procédaient par crises avec un peu de fièvre, sans vomissements. L'enfant était habituellement constipé. Aussi attribuai-je à l'appendicite cette crise aiguë fébrile avec langue saburrale, avec tumeur iliaque douloureuse à droite. Le seul fait anormal était le volume de la tumeur, certainement gros, quoique la crise n'eût, nous disait-on, que quelques jours de date. Mais vous savez qu'assez souvent des lésions rapides se préparent pendant quelques jours sans attirer l'attention des profanes, et on nous donne comme toute fraîche une crise qui en est déjà à son troisième ou quatrième jour ; un exemple récent et royal vous prouve qu'on peut trouver un abcès gros et profond à un sujet qui, la veille au soir, banquetait avec des diplomates.

Une tuméfaction aussi volumineuse laissait peu de chances de réussite au traitement médical : quoique l'on voit quelquefois

fondre de façon remarquable des empâtements considérables, où presque tout revient à la lymphangite et à l'épiploïte, l'existence d'un abcès me paraissait presque certaine. Mais comme il n'y avait aucun des symptômes que maintes fois je vous ai signalés, exigeant l'intervention immédiate, je jugeai que la glace et l'opium pouvaient être essayés. Le lendemain matin, en effet, le météorisme, la douleur diffuse, la défense musculaire avaient diminué ; deux jours après, ils avaient complètement disparu, et il me fut dès lors loisible d'apprécier des signes qui me firent peu à peu douter du diagnostic, doutes qui s'aggravèrent hier et avant-hier, en sorte que ce matin je vous dis, avant d'opérer, que j'ignorais la nature exacte de la lésion, mais que ce n'était pas une appendicite. Pourquoi cette négation et pourquoi l'avoir émise, à quoi pouvait-on penser ? Ce n'était pas une appendicite parce que, la tumeur grosse comme une orange, fluctuante, était assez régulièrement arrondie, à surface lisse, et surtout sans aucune induration inflammatoire, autour d'elle, autour d'un abcès appendiculaire de ce volume, l'empâtement est obligatoire. En outre il n'y eût pas eu une détente semblable, avec un état fébrile sans caractère infectieux.

..... Lorsque j'ouvris l'abdomen, j'arrivai derrière le péritoine pariétal, blanc, épaissi, lardacé, sur une membrane kystique fixée de toutes parts, à la paroi et à l'intestin grêle, par des adhérences glutineuses. Je pus les libérer facilement en passant la main, et j'eus la même impression que pour un kyste de l'ovaire à pédicule récemment tordu. J'emmenai ainsi au dehors un kyste rond à paroi tomenteuse extérieurement translucide, à liquide clair, appendu au sommet du grand épiploon. J'avais détordu celui-ci de gauche à droite d'un demi-tour et vous voyez en ce moment l'état suivant :

Dans ses trois ou quatre centimètres inférieurs, l'épiploon est épaissi, induré, ecchymotique. Il s'insère sur le pôle supérieur de la tumeur dont la paroi est à ce niveau, elle aussi, épaisse et ecchymotique ; l'infiltration sanguine descend sur le tiers supérieur de la calotte. Le liquide que j'ai fait sortir en incisant la poche était clair, mais sans avoir cependant la limpidité de l'eau de roche, et il était contenu dans une membrane hydatique des plus nettes.

L'histoire devenait ainsi fort claire : depuis longtemps l'enfant portait dans la pointe de l'épiploon un kyste hydatique, qui devint par

torsion du pédicule la cause des accidents aigus. Ces accidents furent, en effet, cliniquement identiques à ceux que provoque la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, et chez une femme il est certain que j'aurais porté le diagnostic. — Guérison.

XXIX. — MALHERBE

Homme, 28 ans. Hernie inguinale droite, datant de six ans, réductible. Empâtement et matité occupant une zone ayant la forme d'une ellipse à grand arc vertical et dont le foyer supérieur serait le point de Mac Burney. Diagnostic : Appendicite. Incision de Jalaguier. Torsion sous-colique. Guérison.

XXX. — VIGNARD

Homme de 31 ans. Hernie inguinale congénitale droite. Nombreuses crises de coliques dont plusieurs nettement appendiculaires. Phénomènes d'appendicite. Tumeur mate, dure, douloureuse au palper, irrégulière et bosselée, allant du rebord costal à la bourse droite.

Diagnostic : Épiploïte appendiculaire. Incision de Jalaguier. Torsion sous-colique. Appendice calculeux. Guérison.

XXXI. — QUÉNU

Femme de 51 ans. Hernie inguinale gauche irréductible. Masse du volume du poing, dure, tendue et douloureuse dans l'aîne gauche, descendant dans la grande lèvre. Diagnostic : Épiplocèle inguinale irréductible. Kélotomie, puis incision agrandie. Torsion en un seul point. Guérison.

XXXII. — CAPELLE

Homme, 50 ans. Hernie inguinale gauche (épiplocèle). Hernie peu volumineuse, à peine tendue, les phénomènes d'étranglement n'étaient pas très marqués, mais l'état est altéré. Diagnostic : Étranglement herniaire. Kélotomie. Torsion en un point de l'épiploon. Guérison.

XXXIII. — TRÉMOLIÈRES

Un homme de 50 ans entre à l'hôpital Dubois pour des symptômes de péritonite chronique, le ventre était très ballonné avec empatement de la région épigastrique, ascite légère, albuminurie, alternatives de diarrhée et de constipation. Le malade, très cachectique, succomba peu de temps après son entrée.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale un cordon du diamètre du petit doigt, pénétrant en bas par l'orifice inguinal interne droit dans un sac herniaire et venant se fixer sur la paroi du trajet à quelque distance du cul-de-sac péritonéal par un petit renflement. En haut, il aboutissait au bord libre du côlon transverse et pouvait être suivi jusqu'à l'angle colique gauche où siégeait un envahissement néoplasique venu du pylore. Ce cordon, une fois déroulé, contenait des vaisseaux et des noyaux cancéreux, c'était le grand épiploon enroulé sur lui-même et atrophié. M. Trémolières pense que l'épiploon, fixé à ses deux points extrêmes, s'est tordu et rétracté sous l'action du processus néoplasique.

XXXIV. — SONNENBURG

Homme de 32 ans. Hernie inguinale depuis sept ans, tuméfaction inguinale douloureuse, tendue, ventre mou non tendu.

Diagnostic : Etranglement épiploïque.

Kélotomie. Torsion en un point. Guérison.

XXXV. — TRINKLER

Homme. Hernie inguinale droite. Deux moitiés dans l'abdomen : droite, aplatie, submate, tumeur dure de la grosseur de deux poings dans la région iléocœcale gauche normale. Tumeur scrotale nettement fluctuante.

Diagnostic : Epiploïte avec participation de l'appendice.

Kélotomie puis laparotomie large. Torsion en un point. Guérison.

XXXVI. — MAUCLAIRE

Homme de 54 ans. Hernie inguinale droite depuis quinze ans.

Tumeur ovulaire de la région scrotale douloureuse. Diagnostic : Épiploïte. Kélotomie. Torsion en un point. Guérison.

XXXVII. — NOBLE

Une femme de 24 ans, fut prise une nuit dans la région épigastrique de douleurs atroces avec nausées et vomissements. Depuis deux ans elle avait de temps en temps des douleurs de ce genre, mais qui n'avaient jamais encore présenté pareille intensité. Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une infection blennorrhagique datant de deux ans et demi. Quand le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température de $37^{\circ}7$, un pouls battant à 90, et la langue un peu chargée; les vomissements de la nuit avaient cessé. La patiente était couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies; l'abdomen était sensible, surtout à droite, et la compression du point de Marc Burney réveillait une vive douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac. Il existait un peu de météorisme: toutefois le son tympanique abdominal faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite, au-dessous de l'ombilic. D'ailleurs la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille.

On porta le diagnostic d'appendicite, mais, les symptômes s'étant un peu amendés, cette femme refusa de se laisser opérer. Six jours après cependant les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de température à $38^{\circ}3$, on sentait alors une masse distincte située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. L'opération fut cette fois acceptée et on fit la laparotomie. Entre le fascia transversalis et le péritoine on trouva tout d'abord un léger exsudat; puis, la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, presque noire, longue de cinq centimètres, large de douze et demi, entourée d'adhérences récentes. Après la dissociation de ces adhérences, qui s'accompagna d'une hémorragie assez abondante, on reconnut que cette masse noirâtre était le grand épiploon qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé à tel point que sa circulation était interrompue; il est probable qu'abandonné à elle-même, la lésion aurait abouti à la nécrose

et à la suppuration. Quant au mécanisme de cet accident on peut supposer que l'infection hémorragique antérieure était la cause de l'adhérence épiplootubaire et que les mouvements des anses intestinales avaient eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même. Guérison.

XXXVIII. — SCUDDER

Homme de 35 ans. Pas de hernie.

Tumeur très volumineuse remplissant la fosse iliaque et s'étendant dans l'hypocondre et jusqu'à la ligne médiane, de contours mal définis, mate à la percussion, immobile et peu tendue.

Diagnostic : Appendicite avec épiploon adhérent autour et devant le foyer.

Opération : Torsion en masse de l'épiploon. Guérison.

XXXIX. — O. SIMON

Femme de 40 ans. Pas de hernie.

Présentant depuis dix jours une constipation rebelle, des douleurs abdominales, une légère élévation de température ; on trouvait dans la région iliaque droite une tumeur un peu bosselée, plus grosse que le poing, très sensible, assez ferme ; on conclut à la possibilité d'une tuberculose iléocœcale, et, le ventre ouvert, on découvrit une tumeur épiploïque noirâtre, surmontée d'un pédicule tordu, et adhérente en bas à un kyste de l'ovaire droit, gros comme une pomme et qui lui n'avait subi aucune torsion. Guérison.

XL. — O. SIMON

Femme de 26 ans. Pas de hernie.

Souffre depuis dix jours du côté droit de l'abdomen, les douleurs s'accroissent, la constipation s'établit et des nausées surviennent. La température est à 38°, le pouls à 100. On trouve une zone de matité, étendue de la région de la vésicule biliaire à l'ombilic, au ligament de Poupart, à la région lombaire : toute cette zone est très sensible à la pression et la fluctuation est manifeste. On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire ; on opère ; on évacue un litre et demi de liquide fortement teinté de sang et l'on tombe sur

une tumeur noirâtre, adhérente. On la libère et l'on reconnaît qu'il s'agit de l'épiploon tuméfié et infiltré et rattaché à la partie moyenne du côlon transverse par un pédicule tordu deux fois dans le sens des aiguilles d'une montre. On le résèque, on enlève aussi l'appendice, un peu adhérent, mais que l'examen histologique montra tout à fait normal. Guérison.

XLI. — RIEDEL

Les quatre observations suivantes ont été traduites par nos soins.

Observation n° 1

Mme R..., 31 ans, entrée le 20 avril 1899, sortie le 5 juillet. A l'âge de 7 ans, hernie inguinale droite, on applique un bandage ; trois ans après, la hernie paraissant guérie, elle quitte le bandage. A dix-huit ans, la hernie réapparaît d'abord de la grosseur d'un œuf de pigeon, puis de celle d'un œuf de poule. La hernie sort pendant la journée, mais elle se laisse toujours réduire quoique avec douleur, la nuit elle rentre seule. Pas de bandage.

Le 5 janvier 1899, douleurs abdominales et vomissements, ceux-ci se répètent toutes les fois que la nourriture de la malade n'est pas très légère. La malade maigrit beaucoup au cours des mois suivants. La hernie était probablement rentrée pendant ce temps. Le 15 avril, de violentes douleurs apparurent dans la fosse iliaque droite ; le 17, le médecin appelé diagnostiqua une appendicite. Trois jours plus tard elle rentre dans le service avec une température de 37°8.

A droite de l'ombilic on trouvait une résistance nette ainsi qu'au-dessus du ligament de Poupart. Il n'y a pas de hernie. Le 26 avril, on enlève une tumeur épiploïque infiltrée, de la grosseur d'une pomme. Elle finissait tout près du côlon transverse par un pédicule épais de deux millimètres, long de 1 centim. 1/2, tordu dans la partie inférieure (un tour et demi). La tumeur présentait à sa partie supérieure ainsi qu'à sa partie inférieure des infiltrations hémorragiques disséminées par place.

Quatre semaines après l'opération apparut une phlébite de la saphène gauche, de sorte que la malade ne put sortir que le 5 juillet.

Octobre 1905. — La malade est bien, mais souffre encore souvent de l'œdème de la jambe gauche.

Observation n° 2

Franz F... 37 ans, entre le 1^{er} juillet 1902. Depuis 1890, hernie inguinale droite, porte toujours un bandage, le malade ne sait pas si sa hernie rentrait spontanément. Toutefois ces derniers temps elle était toujours réductible.

Avant-hier matin, à la suite d'un travail pénible, le malade se plaint de douleurs abdominales du côté droit. Pas de vomissements, selles normales. Diagnostic : Appendicite.

Etat actuel. — Homme d'une taille moyenne. Température 37°8 pouls 110. On sent un nodule très net à droite, au-dessus de la ligne ombilico-spinale : c'est une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très sensible à la pression. Toute la partie droite de l'abdomen est ballonné, l'anneau inguinal est moyennement dilaté à droite.

Incision en zigzag, on trouve de l'œdème entre le grand et le petit oblique. La péritoine, d'une épaisseur de 3^{mm}, est enflammé, puis l'épiploon se présente avec des filtrations hémorragiques. Après écartement des lèvres de la plaie on vit une tumeur épiploïque, lisse, longue de 6 cm., large de 4 cm., épaisse de 1 et 1/2. Cette tumeur était suspendue à un mince pédicule plusieurs fois tordu sur son axe (3 tours de 360°). La tumeur est enlevée, on vit alors sur la ligne médiane un cordon non tordu arrivant à l'anneau inguinal et y adhérent. L'orifice interne du canal inguinal à droite est situé plus loin qu'à gauche. L'épiploon à l'origine du cordon est enflammé, hémorragique, mais les vaisseaux ne sont pas thrombosés. On enlève également ce cordon épiploïque, on ferme la cavité abdominale. Le 19 juillet 1902, le malade sort guéri sans complications.

Observation n° 3

H... G., 38 ans, entrée le 30 juillet 1905. Bien portante jusqu'alors, très fertile, 5 enfants bien portants.

Au commencement de 1904, elle éprouve au cours de sa sixième grossesse une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Lorsqu'elle voulait se lever elle éprouvait comme quelque chose qui se déplacait dans l'abdomen et qu'il lui fallait repousser. L'état général était bon,

mais lorsqu'elle essayait de repousser ce qui la gênait elle éprouvait de la douleur. Le 15 avril, elle accouche prématurément d'un enfant de 6 mois. La délivrance a été normale, elle est restée couchée 15 jours, sans fièvre. Lorsqu'elle se leva, la sensation de pesanteur persistait, mais il n'y avait plus de douleur. L'année suivante cette pesanteur s'exagéra. Le 24 juin 1905, elle va chercher du bois et porte un lourd panier. Le mardi n'éprouve rien, le mercredi elle eut de la céphalée, de la lassitude, et dans la nuit des douleurs apparurent du côté droit de l'abdomen, puis passèrent à gauche. La malade souffrait surtout en urinant. Jeudi dans l'après-midi elle est obligée de rester couchée, vendredi de même. Elle va à la selle, pas de vomissements. Samedi matin la température est de 37°7; le soir elle n'a pas été prise parce que le matin le médecin lui avait conseillé de se rendre à Iéna. Il avait diagnostiqué une typhlite.

Etat actuel. — Femme pâle et maigre. Rien d'anormal du côté droit, quelques douleurs à la pression du côté gauche; au-dessus de la symphyse on sent une tumeur plus ou moins grosse, ignorée de la malade. Dans le vagin on trouve une tumeur de la grosseur du poing qui paraît en rapport avec l'utérus. Le ventre est partout plat; il n'y a pas d'hyperesthésie; pouls et température normaux. Pas de hernie

Incision en zigzag; l'appendice est tordu, paraît chroniquement enflammé; il est réséqué. Après écartement des lèvres de la plaie on découvre une masse épiploïque hémorragique récente, de la grosseur du poing. Cette masse adhère à l'intestin grêle, à l'utérus, à la paroi abdominale et enfin vers le haut au reste de l'épiploon infiltré. L'ablation de la tumeur se fait rapidement ainsi que celle de l'épiploon avoisinant. On voit alors qu'elle est suspendue à un pédicule grêle, tordu à sa partie supérieure et présentant 2 torsions de 360° autour de son axe et plus bas une torsion en sens opposé. A ce pédicule fait suite une grosse tumeur de couleur rouge-bleue avec une infiltration hémorragique abondante. Au-dessous de cette grosse masse on trouve une tumeur molle et constituée par un épiploon un peu épaissi et presque normal bien que son pédicule soit tordu deux fois autour de son axe. On ferme la cavité abdominale. Suites sans complications.

20 août sortie; 17 septembre: cicatrice étroite d'une longueur de 11 centimètres à droite. Sans hernie. Etat général satisfaisant.

Observation n° 4

Anna V..., 38 ans, est entrée le 7 juin 1904. Très bien portante jusqu'à présent, le 22 mai elle vomit, se sent mal à l'aise, mais ne souffre pas du ventre. Les douleurs abdominales n'apparaissent que le 1^{er} juin, à droite et en haut dans la région du foie. Le 5 juin, le médecin a été appelé, il parle d'abord de coliques hépatiques, puis d'appendicite, et deux jours plus tard envoie la malade à Iéna.

Etat actuel. — Femme forte et bien portante aux autres points de vue, se plaint de douleurs vives à la pression du flanc droit. On sent une résistance nette, qui arrive jusqu'à un travers de doigt audessous de l'ombilic. Le ventre est un peu ballonné, on peut le déprimer. Température 37°5. Pouls 102.

Le 8 juin 1904, incision du grand droit. On trouve un cordon épiploïque d'une grosseur un peu supérieure à celle d'un crayon dans l'angle supérieur de l'incision. Ce cordon se continue en haut et à droite du foie avec une masse épiploïque grosse comme le poing, adhérente à la face antérieure du foie et à la paroi abdominale. Cette masse est longue de 10 centimètres, large de 5, épaisse de 1. A deux travers de doigt du bord antérieur du foie se trouve le bout distal de l'appendice libre, un peu hyperhémie, un peu enflammé. Le cœcum est situé plus haut. Le cordon épiploïque excisé, la tumeur séparée de ses adhérences, l'appendice est réséqué. Suites sans complications.

On met un drain enveloppé de gaze dans la région épiploïque en avant du foie.

Le 2 juillet, le drain est enlevé un peu trop tôt, car la gaze laissée en place s'élimina.

Le 10 juillet, il y a un abcès de la région épiploïque sur le côté de la cicatrice. Nouveau drainage.

Le 8 août elle est sortie.

XLII. — SMYTHE

Homme 30 ans.

Hernie inguinale gauche depuis 10 ans. Début brusque par nausées, douleurs abdominales et fièvre. On sent une certaine résis-

tance musculaire de la paroi abdominale, surtout marquée à droite de la ligne médiane. Une volumineuse tumeur était facilement limitée à travers la paroi épaisse, et on notait que la palpation se laissait pratiquer de façon beaucoup plus satisfaisante qu'il n'arrive habituellement dans une attaque d'appendicite aiguë.

Laparotomie. Tumeur épiploïque tordue à son pédicule sans connexion avec le sac herniaire gauche. Guérison.

XLIII. — PRETZSCH (traduit par nos soins)

W..., 30 ans, fabricant à Biedenkopf. Le père du malade est mort tuberculeux, la mère âgée de 62 ans souffre de coliques hépatiques. Deux frères et sœurs bien portants. Le grand-père maternel et son frère auraient eu des hernies, ce dernier se serait fait opérer. Le malade a été bien portant pendant sa jeunesse, n'a eu que la rougeole, pas d'autres maladies. A l'âge de 12 ans, il commença à souffrir de douleurs abdominales et de troubles digestifs à tel point qu'il était obligé d'interrompre souvent ses études et de se mettre au lit. Grâce au repos, aux compresses froides, aux infusions de camomille, les douleurs disparaissaient au bout de un ou deux jours. En même temps que ces douleurs il avait perdu l'appétit, se plaignait de nausées, de constipation opiniâtre, mais jamais de vomissements. Il ne faisait pas appeler le médecin, car il considérait ces troubles comme de l'embarras gastrique passager. Dans l'intervalle des crises, le malade s'adonnait aux sports et prenait part aux courses de bicyclette. Il fut dispensé du service militaire à cause d'une hernie à gauche. Le médecin militaire lui conseilla de porter un bandage, mais comme il souffrait de l'estomac et que ses douleurs étaient passagères, il n'en tenait pas compte. Il menait une vie active, faisait tout son travail et soulevait même sans difficulté de lourds objets.

Il y a trois ou quatre ans, le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la région inguinale gauche. Il alla consulter un médecin qui diagnostiqua une hernie inguinale gauche. Après application d'un bandage les douleurs disparurent dans la hernie mais de temps en temps apparaissaient dans la région stomacale ; en tous cas elles étaient passagères. L'été dernier, il éprouva de la gêne dans la région inguinale gauche, il était souvent incommodé

par son bandage et souffrait aussi de l'estomac avec ballonnement du ventre. Le samedi 7 janvier 1905, le malade donne un bal et danse beaucoup. Il n'éprouve rien de particulier jusqu'au lundi 9. Ce jour-là à son réveil il éprouve de la gêne dans la région inguinale gauche, le bandage le fatiguait tellement qu'il l'enleva et n'alla pas à son travail. Le médecin appelé exclut l'hypothèse d'occlusion intestinale, car il n'y avait pas de phénomènes graves, de plus ne pouvant trouver le testicule dans la bourse gauche, il crut avoir affaire à une orchite du testicule ectopique et conseilla l'intervention.

12 janvier 1905. — Etat général. C'est un homme bien bâti, les divers appareils sont sains, rien à l'auscultation du cœur, température rectale 37°9. Le malade a un facies très altéré. Le testicule gauche manque dans le scrotum. Dans la région inguinale gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureuse. Il n'y a pas d'iléus, par contre des douleurs continues dans la région stomacale. En plus de la tumeur inguinale, on perçoit dans la fosse iliaque gauche une tumeur appréciable fortement douloureuse, qui paraît être formée depuis peu de temps, puisque au dernier examen elle n'a pas été perçue. Cette tumeur, à cause de sa vive douleur et à cause des phénomènes de réaction péritonéale existant tout autour, oblige à la laparotomie.

Opération le 12 janvier 1905. Chloroforme. Asphyxie. Bonne anesthésie ensuite à l'éther. Incision oblique dans la région inguinale gauche. On tombe sur un sac herniaire qu'on ouvre. Le contenu est constitué par de l'épiploon présentant des infiltrations sanguines, mais il n'y a pas d'intestin dans la hernie. Pas d'étranglement de l'épiploon. L'évidement du sac herniaire se fait facilement à cause de la cryptorchidie. Après avoir mobilisé l'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec le sac herniaire, on vit qu'il se continuait avec la tumeur de la fosse iliaque. Aussi continue-t-on l'incision oblique jusqu'à la laparotomie pour arriver jusqu'à la grande tumeur. Cette tumeur montre un épiploon tordu, il y a exactement deux torsions entières de 360° dans la direction contraire à celle des aiguilles d'une montre. Un tour s'est laissé défaire mais l'autre non. On résèque après de nombreuses ligatures la portion tordue de l'épiploon. Après l'extirpation on observa le testicule atrophié de la grosseur d'une noisette, qui se laissa attirer à une grande distance.

Le canal déférent est mobilisé, puis on forme une poche dans le scrotum au fond de laquelle tout à fait en bas on fixe le testicule au moyen de fortes sutures au catgut. Le testicule reste hors du canal inguinal sans gêne, sans contraction de la peau du scrotum. On pratique ensuite la cure radicale de la hernie par la méthode de Bassini. On place des drains dans la fosse iliaque. On ferme la plaie de la laparotomie par des sutures à étages successifs. On fait un spica.

Quatre jours après on enlève les drains, puis au bout d'une semaine les points de suture. Le quatorzième jour, le malade se lève. En mai, le malade vient consulter. Le testicule est dans le scrotum au-dessous de l'anneau interne, le malade ne souffre pas et affirme que les douleurs stomacales qui le tourmentaient avant l'opération ont disparu complètement.

XLIV. — TUFFIER

Pas de hernie.

J'ai opéré le 20 décembre 1905 une jeune femme de 23 ans, entrée à Beaujon, salle Jarjanay, n° 2, pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin, un mois avant son entrée, à la suite d'une chute dans un escalier. La tumeur était du volume de deux poings, médiane, arrondie, légèrement mobile dans tous les sens, et répondant aux caractères classiques d'une tumeur de l'épiploon. Elle était inaccessible par le toucher vaginal, d'ailleurs négatif. Et le seul symptôme fonctionnel notable était une constipation opiniâtre. La laparotomie me fit constater une torsion de l'épiploon, auquel pendaient superposées de bas en haut trois kystes hydatiques. Le premier volumineux, fixé dans le grand bassin, le second plus petit ayant un pédicule tordu qui le reliait au premier. J'estime à quatre le nombre des spires ; le troisième au-dessus de l'estomac et relié au deuxième par un pédicule plus court, environ un tour de spire. J'ai réséqué la totalité du grand épiploon, puis l'ovaire droit, qui contenait greffé un autre kyste hydatique et ma malade a parfaitement guéri.

XLV. — SMIDT

G..., 25 ans, asphalteur, de robuste constitution, est atteint depuis quelques mois d'une hernie inguinale droite, qui s'est développée

progressivement et descend dans le scrotum. Le malade la faisait rentrer facilement et ne portait pas de bandage; il n'en éprouvait du reste qu'un peu de gêne.

Dans la matinée du 23 novembre 1903, sans cause apparente, sans symptômes prémonitoires, la hernie devint beaucoup plus volumineuse, le malade en souffre, tous ses efforts pour la rentrer restent infructueux. Dans l'après-midi, il se rend chez un de mes confrères qui essaie sans succès un taxis modéré et m'amène le malade. Celui-ci se plaint de douleurs assez vives au niveau de la hernie et irradiant dans tout le ventre, surtout dans la région ombilicale; il a pu cependant venir à pied jusque chez moi.

A l'examen, je constate une hernie inguinale droite du volume du poing, descendant jusqu'au fond des bourses; le testicule en était bien distinct. La hernie n'était pas tendue, mais donnait la sensation d'un fort empâtement; la palpation était assez douloureuse.

L'abdomen était dur, avec une légère contracture musculaire, mais permettant cependant de percevoir au-dessus de l'anneau la corde épiploïque.

Je fus frappé d'un œdème sous-cutané très marqué qui occupait le scrotum et la région de l'anneau; sachant que mon confrère n'avait fait qu'un taxis modéré, j'attribuai cet œdème aux efforts de réduction tentés par le malade, quoiqu'il m'affirmât n'avoir pas insisté.

Il y avait eu des gaz par l'anus, pas de vomissements, simple sensation de malaise. Traits un peu tirés, mais facies bon, pouls à 80. Je pensai à une épiplocèle en voie d'étranglement, et conseillai au malade une intervention qu'il accepta pour le lendemain.

Le 24 novembre, opération. Le sac ouvert, je tombe sur une masse épiploïque congestionnée avec suppressions sanguines. En soulevant cette masse, je vis que l'épiploon qui la constituait affectait la disposition d'une anse dont la branche inférieure s'amincissait dans l'abdomen. Elle n'avait, au niveau de l'anneau, que le volume d'un crayon. Prolongeant alors mon incision vers le haut, je fis une hernio-laparotomie et réséquai l'épiploon à trois doigts environ du côlon en tissu sain. Je m'occupai alors de l'extrémité inférieure de l'anse; mais le cordon qui lui faisait suite s'enfonçait dans le petit bassin, et, malgré la largeur de mon incision, il était impossible de le suivre à cause de l'épaisseur du tissu adipeux de la paroi,

et surtout à cause de la résistance du plan musculaire vraiment développé. Je liai, sectionnai le cordon épiploïque et reconstituai la paroi, craignant qu'un débridement transversal du droit n'affaiblît ultérieurement la paroi chez un manouvrier astreint à un travail pénible.

Faisant alors une laparotomie médiane, il me fut aisé de suivre le cordon. Il s'enfonçait dans le bassin et les tours de spire cessant, l'épiploon s'étalait de nouveau en trois masses du volume d'une noix, de couleur noirâtre, absolument adhérentes au péritoine du cul-de-sac vésico-rectal. Je les décollai en partie, mais il restait quelques débris d'épiploon saignant en nappe, bien greffés sur le péritoine. Rassuré sur leur vitalité, j'eus vite raison du suintement par quelques attouchements au thermo. Je mis un drain et suturai la paroi en trois plans.

Guérison au vingt-sixième jour.

XLVI. — LEJARS

Homme de 37 ans. Hernie inguinale droite depuis l'âge de 17 ans, réductible, indolente, maintenue par un bandage ; est pris subitement de coliques et de douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais qui irradiaient surtout dans le trajet herniaire. Nausées et vomissements bilieux. Température 39°. La hernie était sortie mais n'était pas tendue et se laissait facilement réduire. Un médecin avait porté le diagnostic d'appendicite, et voyant grossir la tumeur iliaque les jours suivants avait conclu à la suppuration appendiculaire.

On sentait, en effet, dans la moitié droite du ventre, une masse très volumineuse, qui descendait jusqu'à l'arcade crurale, remplissait la fosse iliaque et le flanc, se prolongeant à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale ; cette masse, qui soulevait visiblement la paroi, était vaguement arrondie, ovoïde plutôt, de surface légèrement convexe, assez bien délimitée en dedans, mais sans rebord net toutefois ; non mobilisable, elle se laissait un peu refouler en bloc de dedans en dehors ; elle était empâtée, épaisse, ferme, un peu bosselée, nullement fluctuante. Le palper en était uniformément douloureux, sans localisation, sans point fixe ni prédominant ; en bas cette tumeur était réunie par un gros cordon

avec le contenu herniaire, lui-même épais, ferme, un peu crépitant sous le doigt, irréductible, non douloureux. J'ajoute que la matité était complète au niveau de la hernie et de toute la masse abdominale. Il n'y avait plus de réaction, plus de nausées, les selles étaient faciles, le pouls normal, la température à 37°5 et 38°. Était-ce là un énorme plastron appendiculaire, recouvrant une collection suppurée et coexistant avec une épiplocèle ? Je ne le pensai pas : une pareille tumeur eût signifié une suppuration profonde considérable, dont la présence cadrait mal avec si peu de réactions douloureuse et fébrile ; la combinaison des deux masses, abdominale et inguinale, leur continuité au niveau de l'arcade, leur consistance particulière me rappelèrent un autre fait que j'ai observé, il y a plusieurs années, et dans lequel précisément, croyant opérer une appendicite, j'avais trouvé une torsion épiploïque. Cette fois, après avoir discuté toutes ces raisons, je fis le diagnostic de torsion intra-abdominale du grand épiploon.

L'opération pratiquée démontra que le diagnostic était exact. Kélotomie, puis incision agrandie. Torsion en masse du grand épiploon. Guérison.

XLVII. — LAPEYRE (de Tours)

Homme de 40 ans, qui, après avoir fait des efforts, a été pris brusquement d'une douleur abdominale en coup de poignard. Son médecin croit à un appendicite, et après vingt-quatre heures de repos au lit et de glace, avec absence de gaz, croit à une occlusion et adresse le malade au docteur Lapeyre.

L'état général est très mauvais. Coliques intenses, vomissements incessants, porracés, pouls à 120, 130, abdomen tendu, douloureux, avec empatement de tout le côté droit de l'arcade crurale aux fausses côtes.

Il a bien une hernie droite depuis 20 ans, mais il ne porte plus de bandage et il n'y a rien d'apparent à l'anneau inguinal.

M. Lapeyre croit à une péritonite diffuse d'origine appendiculaire, et, à cause de la gravité de l'état général, décide de ne pas intervenir. Le lendemain, l'amélioration survenue semble lui donner raison. Mais la douleur n'est pas au point de Mac Burney, elle est plus haut, et toute la moitié droite du ventre est occupée par une

tuméfaction diffuse. L'amélioration constatée fait remettre au lendemain une intervention, si elle est encore nécessaire. Mais le lendemain nouvelle aggravation.

M. Lapeyre intervient par une incision verticale latérale. Il trouve un épiploon épaissi, gros, infiltré de sang, parcouru par d'énormes veines dilatées, baignant dans un liquide hémorragique. Cette masse épiploïque plonge par sa partie inférieure dans un sac herniaire inguinal droit avec lequel elle a contracté des adhérences multiples.

On les détache, puis, prolongeant plus haut son incision, M. Lapeyre tombe sur un pédicule long de 4 à 5 cm., de la grosseur du petit doigt, tordu 3 fois sur lui-même, de gauche à droite. On lie le pédicule et on enlève la masse épiploïque du poids de 360 gr.

Il existe de la péritonite diffuse caractérisée par la vascularisation et la distension des anses intestinales. Le cœcum et l'appendice sont sains. Drainage. Suture.

Après une période d'amélioration de 36 heures, brusquement la scène change et le malade meurt dans le collapsus, 54 heures après l'opération.

M. Lapeyre pense que c'est le retard qu'il a mis à intervenir qui est cause de la mort.

XLVIII. — LAPEYRE (de Tours)

Homme de 40 ans. Hernie inguinale droite depuis 6 ans, réductible (épiplocèle). Coliques violentes dans la fosse iliaque droite. Diagnostic: Epiplocèle étranglée. Kélotomie, puis incision prolongée. Torsion en un point. Guérison.

XLIX. — MORESTIN

Blanche G..., 41 ans, buraliste, m'est adressée le 21 mai 1907 à la maison Dubois, avec le diagnostic de hernie étranglée. Depuis près de 20 ans, elle portait une hernie inguinale gauche, parfaitement et spontanément réductible, qui la gênait très peu, pour laquelle elle n'avait jamais porté de bandage.

Le vendredi 17 mai, Blanche G..., que la constipation habituelle oblige à l'usage fréquent des purgatifs, prend une forte dose d'eau de Rubinat. Après plusieurs garde-robes se succédant à court inter-

valle, elle émet par l'anus du sang pur. Cette hémorragie aurait été assez abondante, la malade l'évalue à un demi-litre, mais il est à supposer qu'elle exagère beaucoup. Épuisée par la perte de sang et plus encore par les évacuations alvines trop fréquentes et accompagnées de coliques, elle reçoit d'urgence les soins d'un médecin qui lui administre une potion laudanisée et couvre le ventre de cataplasmes.

Dans la journée elle constate elle-même que sa hernie est plus volumineuse qu'à l'ordinaire, qu'elle est douloureuse au toucher et enfin qu'elle ne rentre plus. Comme il n'y a ni vomissements, ni nausées, ni fièvre, on attend. Les douleurs abdominales s'atténuent, sans cesser néanmoins. Pendant deux jours l'état reste stationnaire. Un autre médecin est alors consulté. Il remplace les cataplasmes par une vessie de glace, et, comme la malade n'a pas eu de selle depuis l'avant-veille, il prescrit un purgatif, qui provoqua plusieurs selles diarrhéiques. Il n'en résulte aucun soulagement. Le ventre est, au contraire, tendu, douloureux, la tumeur herniaire augmente et devient le siège de vives souffrances.

Le 21, quatre jours après le début des accidents, la malade est transportée dans mon service. Il n'y a pas eu de vomissements et jamais les gaz n'ont été supprimés. Le pouls est bon, régulier, et la température de 37°. Le ventre est légèrement météorisé et tous les mouvements réveillent des souffrances.

L'attention est tout de suite attirée par une saillie anormale occupant la région inguinale gauche, la partie correspondante du mont de Vénus et la grande lèvres qui offre l'aspect habituel des hernies inguinales irréductibles. La tumeur est du volume du poing. Sa consistance est très ferme, sans bosselures. Elle est un peu douloureuse à la pression, mais peu. Elle est mate à la percussion. L'exploration montre, en outre, qu'elle est absolument irréductible. Ces constatations, rapprochées de l'absence de vomissements et de la persistance des gaz et même des selles nous font admettre qu'il s'agit d'une épiplocèle devenue irréductible.

Ce point acquis, je découvre en pratiquant la palpation de l'abdomen, palpation facile malgré le léger météorisme, une autre masse située à gauche de la ligne médiane, entre l'arcade crurale et l'ombilic, plus grosse que les deux poings, irrégulière, mal limitée, à surface inégale, bosselée, de consistance très ferme et, contraire-

ment à la tumeur inguinale, très douloureuse à la moindre pression. Elle paraît être au contact de la paroi abdominale, toute la main en apprécie avec netteté certains détails. Elle n'est pas mobile, forme une sorte de gâteau, de plastron. Il n'est pas possible d'établir sa continuité avec la tumeur herniaire, bien qu'elle descende jusqu'à l'arcade crurale.

Le toucher vaginal est négatif ; le petit bassin ne contient rien d'anormal, l'utérus, les annexes n'offrent aucune particularité digne d'être notée et la tumeur abdominale semble n'avoir aucune connexion avec l'appareil génital.

Le siège, la consistance de la tumeur, les circonstances où elle est apparue me font penser à une épiploïte par torsion herniaire et abdominale. Le diagnostic était posé d'une façon formelle, la malade fut opérée séance tenante, une demi-heure après son entrée.

J'incise d'abord la tumeur herniaire. L'incision sera plus tard prolongée sur la paroi abdominale et atteindra 18 cm.

Après avoir traversé une très épaisse couche de tissu adipeux, je découvre, environné de tissu œdémateux, le sac herniaire extrêmement épais et transformé en une coque cartonneuse rigide. A l'ouverture il s'écoule un peu de liquide jaune, louche. Il est rempli par de l'épiploon épaissi, rougeâtre, induré, roulé en boule et uni à la face interne du sac par des adhérences glutineuses. Attiré à l'extérieur, ce paquet d'épiploon se laisse déplisser quelque peu, et, d'une sorte de cavité formée par l'organe sur lui-même, s'écoule une assez grande quantité de liquide louche, analogue à celui que nous avons vu précédemment s'échapper du sac. Au niveau du trajet inguinal, l'épiploon est fortement serré par le collet du sac, étroitement appliqué au bord de l'orifice inguinal externe. Je fends l'aponévrose du grand oblique pour ouvrir le trajet inguinal et constate qu'à ce niveau la paroi abdominale est dans toute son épaisseur le siège d'un œdème assez accusé.

L'incision est prolongée vers l'abdomen, un peu en dehors du muscle droit. J'ai dû donner 18 cm. à l'incision cutanée ; l'adipose sous-cutanée était considérable, mais l'incision musculo-aponévrotique remonta seulement à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope.

L'ouverture du péritoine, au-dessus du trajet inguinal, donna issue à un liquide rosé, sanguinolent, tout différent de celui que

contenait le sac. Il s'en écroula 50 à 60 grammes. Je reconnus immédiatement derrière la paroi la grosse masse bosselée et pâteuse que j'avais sentie à la palpation. C'était bien l'épiploon se continuant en bas avec le contenu du sac herniaire, l'épiploon très modifié, tassé, agglutiné, ecchymotique, induré, formant une tumeur véritable, adhérente à la paroi, à la fosse iliaque interne, franchissant en dedans le rebord pelvien pour pénétrer quelque peu dans le bassin. Cette masse fut isolée, libérée avec douceur, finalement attirée sans grande difficulté hors de la plaie. Elle était supportée par un pédicule relativement étroit au-dessus duquel persistait une courte portion d'épiploon sain. Deux travers de doigt séparaient à peine la partie étranglée du côlon transverse. J'emportai la tumeur en plaçant sur l'épiploon sain, presque au ras du côlon, une série de ligatures embrassant chacune un petit paquet de tissus...

La malade guérit parfaitement.

L.— ADLER (de Pankow)

Homme, 39 ans. Hernie inguinale droite. Ventre ballonné, douloureux à droite, avec matité qui s'étendait en haut à partir du canal inguinal et se continuait dans l'épiploon.

Laparotomie. Guérison.

LI. — MAUCLAIRE

Femme de 52 ans. Hernie crurale depuis 17 ans, étranglée deux fois, réduite par le taxis. Nouvel étranglement. Kélotomie. Epiploon herniaire très déformé avec tendance à la torsion. Un fragment est pédiculisé et prêt à se détacher.

CONCLUSIONS

I. — La torsion de l'épiploon ne doit plus être considérée aujourd'hui comme une curiosité clinique, elle est proportionnellement aussi fréquente que la torsion des autres organes abdominaux.

II. — Comme étiologie cette affection reconnaît surtout la hernie, mais toute cause susceptible de retentir sur l'épiploon peut aussi la déterminer, c'est donc une complication de l'épiploïte.

III. — Sa symptomatologie affecte deux types différents : un type herniaire et un type appendiculaire, ce qui rend le diagnostic très difficile.

IV. — Le diagnostic n'en a été fait qu'un tout petit nombre de fois (4 fois sur 73 observations), mais il est probable qu'il sera posé plus souvent à l'avenir.

V. — Le traitement est la laparotomie faite de bonne heure, car le pronostic opératoire est des plus bénins, mais par contre les complications sont redoutables si on n'opère pas le malade.

BIBLIOGRAPHIE

Observations reproduites

- OBERST. — Centralblatt f. Chirurgie, n° 27, 8 juillet 1882.
- ALLINGHAM. — The Lancet, 22 février 1900.
- DEMONS. — Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 1892, *in* Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie et Revue de chirurgie, 1893).
- BAYER. — Centralblatt für Chirurgie, n° 17, 30 avril 1898.
- MONOD. — *In* thèse de Reygnier. Paris, 1898-1899.
- EISELSBERG. — Deutsche med. Wochenschr., 1^{er} décembre 1898. Vereinsbeilage, p. 210.
- EITEL. — Medical Record, 20 mai 1899.
- BARACZ. — Deutsche Zeitsch. für Chirur. Leipzig, 19 février 1900, p. 584.
- PECK. — Medical Record, février 1900.
- HOCHENEGG. — Bulletin de la Société impériale de médecine de Vienne, 24 février 1900.
- WIENER. — Annals of Surgery. Philadelphie, avril 1900.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 9 mai 1900, p. 529.
- LEJARS. — Bull. de la Soc. de chir. Paris, 9 mai 1900, p. 529.
- POTHERAT. — Bull. de la Soc. de chir. Paris, 9 mai 1900, p. 529.
- WALTHER. — Bull. de la Soc. de chir. Paris, 9 mai 1900, p. 529.
- CHAVANNAZ. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 26 juin 1900, n° 51, page 601.
- HEITZ et BENDER. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 23 octobre 1900.
- WIESINGER. — Munch. med. Wochenschr., 1901, p. 480.

- WIART et RENOU. — Bulletin et Mémoires de la Société anatomique, février 1901, n° 2.
- SOULIGOUX et DESCHAMPS. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 15 mars 1901.
- OELWEIN. — Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Marz 1901; in Wien. med. Wochenschr., 1901, p. 520.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et MAUBAN. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 22 mai 1901.
- TUFFIER. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, tome XVII.
- TRINKLER. — Archives russes de chirurgie de M. Veliaminoff, 1902, livraison VI, p. 1202 (Voir thèse de Giraudeau, p. 80).
- MORESCO. — Gazzetta degli Ospedali et delle Cliniche. Milano, 1902, n° 69, p. 693.
- PAYR. — Archiv. f. klin. Chirur., 1902.
- BROCA. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1902.
- MALHERBE. — Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1903.
- VIGNARD. — Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1903.
- QUÉNU. — Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie. Paris, 26 mai 1903, p. 520.
- CAPELLE. — Bulletin et Mémoires de la Société anatomique. Paris, 26 juin 1903.
- TRÉMOLIÈRES. — Bulletin et mémoires de la Société anatomique. Paris, octobre 1903.
- SONNENBURG. — Archives internationales de chirurgie, 1903, t. I.
- TRINKLER. — Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1904, p. 269.
- MAUCLAIRE. — Revue de gynécologie. Paris, 1904.
- NOBLE. — Amer. Journal of Obstetrics. Mars 1904, p. 364, in Semaine médicale, 1904.
- SCUDDER. — Annals of Surgery, déc. 1904, p. 916.
- SIMON (O.). — Munch. med. Wochenschr. 2 cas. 10 octobre 1905, p. 1979.
- RIEDEL. — Munch. med. Wochenschr. 6 cas. 21 nov. 1905, p. 2257.
- SMYTHE. — Surgery, gynecology and obstetrics, oct. 1906, p. 531.
- PRETZSCH. — Beitrage z. klin. Chirurgie, 1906, XLVIII, p. 118.
- TUFFIER. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, mars 1906.
- SMIDT (Nice). — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 1906.
- LEJARS. — Semaine médicale, février 1907.

- LAPEYRE. — Bulletin de la Société de chirurgie. 2 cas. Paris, février 1907.
- MORESTIN. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 1907.
- ADLER. — XXXVI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1^{er} avril 1907, *in* Semaine médicale, 1907.
- MAUCLAIR. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 31 juillet 1907.

Autres Observations

- RIEDEL. — Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1902, n^o 42, p. 91.
- JAMES BALDIN. — 2 cas. Annals of Surgery, 1902, p. 740.
- NORDMANN. — 2 cas. Centralblatt f. Chirurg., 1903, n^o 7, p. 206.
- ZELLER. — Centralblatt f. Chirurg., 1903, n^o 7, p. 206.
- RUDOLF. — 2 cas. Wien. klin. Wochenschr., 1903, p. 459.
- HEINLEIN. — Muenchener med. Wochenschr., 1902, p. 1485.
- BLACKE. — Annals of Surgery. New-York, 1903, p. 99.
- KRONER. — Deutsche méd. Wochenschr., 1904. Vereinsbeilage, p. 1625.
- KUETTNER. — Centralblatt f. Chirurgie, 1905, p. 1369.
- MAYDL. — Wien. klin. Rundschau, 1895.
- STEEWART. — Volvulus of the omentum. Journal of the amer. med. Assoc., 19 mars 1904.
- TIETZE. — XXXVI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie. p. 767, 1^{er} avril 1907.
- PAYR. — XXXVI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, p. 767, 1^{er} avril 1907.

Ouvrages consultés

- WIENER. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale du grand épiploon. Annales de chirurgie de Philadelphie, 1900, Bd XXXII.
- HEITZ et BENDER. — Des torsions de l'épiploon. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1901.
- VIGNARD et GIRAudeau. — 20 cas, Torsion du grand épiploon. Archives provinciales de chirurgie, 1^{er} avril 1903, p. 206.

- MAUCLAIRE. — Revue de gynécologie, mai 1904.
CORNER (E.-M.) et PINCHES (H.-I.). — Torsion of the great omentum.
Amer. Journ. of the med. sciences août 1905.
SIMON (O.). — Intraabdominalen Netztorsionnen. Munch. med.
Wochenschr., p. 1980, 10 octobre 1905.
RIEDEL. — Munch. med. Wochenschr., 21 nov. 1905, n° 47.
SMYTHE (F.-D.). — Report of a case of torsion of the greater omen-
tum intraabdominal, with remarks. Surgery, gynecology
and obstetrics, oct. 1906, p. 531.
PRETZSCH. — 44 cas. Ueber die Torsion des Netzes. Beitrage z. klin.
Chir., 1906, XLVIII, p. 118.
RUDOLF. — 25 cas. Wiener klin. Rundschau, 1903, nos 44-47.
LEJARS. — Semaine médicale, février 1907.
LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, 1908.

Thèses

- REYGNIER. — Epiploïtes hémorragiques. Paris, 1899.
BRUNET. — Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et
sur la torsion de l'épiploon. Paris, 1900.
MARTINAUD. — Torsion du grand épiploon. Bordeaux, 1902.
GIRAudeau. — Torsion du grand épiplon. Paris, 1903.
ROCHE (G.). — Torsion du grand épiploon. Paris, 1905.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 16 juillet 1908.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 13 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	vii
INTRODUCTION.....	9
HISTORIQUE.....	11
DÉFINITION.....	13
ÉTIOLOGIE.....	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	20
PATHOGÉNIE.....	25
SYMPTOMATOLOGIE.....	30
COMPLICATIONS.....	34
DIAGNOSTIC.....	39
PRONOSTIC.....	45
TRAITEMENT.....	46
OBSERVATIONS.....	48
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
